FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1884 — **THÈSE** — N° 241

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 5 *Juin* 1884, *à* 1 *heure*,

PAR Mlle MARIE V. COUTZARIDA

Née à Calarisi (Roumanie), le 26 février 1857.

DE L'HYDRORRHÉE

ET

DE SA VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE

DANS

LE CANCER DU CORPS DE L'UTÉRUS

« A toutes les époques on s'est préoccupé des maladies
« de l'utérus et de ses annexes ; malheureusement il n'est
« pas de matière ou l'imagination ait joué un plus grand
« rôle et où l'observation ait été plus longtemps reléguée
« au dernier plan. » (COURTY.)

Président : M. JACCOUD, *professeur*.

Juges : MM. G. S E, *professeur*, BOUILLY, HUTINEL, *agregés*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52 RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE 14

1884

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen............ M. BÉCLARD.

Professeurs.......... MM.

Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	N.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	PETER. DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale	GUYON. DUPLAY.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.) JACCOUD HARDY. POTAIN.
Clinique des maladies des enfants	N.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL. TRELAT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	PAJOT.

DOYEN HONORAIRE : M. VULPIAN.

Professeur honoraire :
M. DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	BALLOPEAU.	PEYROT.	RIBEMONT.
BOUILLY.	HANOT.	PINARD.	RICHELOT.
BUDIN.	HANRIOT.	POUCHET	RICHET.
CAMPENON.	BENNINGER.	QUINQUAUD.	ROBIN (Albert).
DEBOVE.	HUMBERT.	RAYMOND.	SEGOND.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	HUTINEL.	RECLUS.	STRAUS.
	JOFFROY.	REMY.	TERRILLON.
	KIRMISSON.	RENDU	TROISIER.
GUÉBHARD.	LANDOUZY.	REYNIER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Recevez ce faible témoignage de mon amour filial. Mon plus vif désir est de pouvoir vons dédommager des sacrifices que vons vous êtes imposés pour moi.

A LA MEILLEURE DES MÈRES

Je n'oublierai jamais ni votre sollicitude, ni votre dévouement ; et tout ce que la tendresse filiale peut donner, je vous le donnerai pour vous en récompenser.

A MA SŒUR ET A MES FRÈRES

Aimons-nous de la plns tendre affection.
Comme l'a dit Bossnet, un frère aidé par son frère est semblable à nnè ville forte.

A MON BEAU-FRÈRE

Amour fraternel.

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MONTPELLIER

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

Témoignage de mon profond respect et de ma très vive reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR JACCOUD

Professeur de clinique médicale à la Faculté de Paris,
Médecin de l'hôpital de la Pitié,
Membre de l'Académie de médecine,
Officier de la Legion d'honneur.

PRÉFACE.

Les gynécologistes, en décrivant les symptômes qui éveillent l'attention des cliniciens sur l'existence possible d'un cancer de l'utérus, ont tous mentionné, parmi les signes principaux, ces écoulements clairs ou louches, inodores ou au contraire très fétides qui se montrent pendant le cours du mal, coïncidant ou non avec des pertes sanguines. Chacun connaît l'importance des eaux rousses, fétides pour le diagnostic subjectif du cancer de l'utérus. Tandis que cet écoulement ichoreux est très connu et vulgarisé, il est très peu fait mention au contraire, dans les traités spéciaux, des pertes d'eau limpide et inodore qui peuvent se montrer avant tous les autres symptômes au début du cancer de l'utérus.

Et cependant chez les femmes atteintes de cancer du corps de l'utérus, nous avons pu observer en assez grand nombre de fois, comme signe prémonitoire de cette affection, un écoulement clair, séreux, sans odeur, parfois assez abondant et qui rappelle complètement l'hydrorrhée des gravidiques. C'est cette ressemblance qui nous a fait choisir le terme, hydrorrhée, pour en qualifier ce flux séreux qui. en se produisant dans certaines conditions d'âge et

de santé générale. nous semble destiné à fournir un signe de diagnostic excellent du début du cancer du corps utérin.

L'histoire écourtée d'une personne de ma connaissance, qui succomba il y a peu de temps à un cancer du corps de l'utérus, fera mieux comprendre et la nature des faits qui m'ont inspiré ce travail, et les conclusions que j'espère en tirer.

Il s'agissait d'une personne âgée de 32 ans, qui, deux ans auparavant, sans souffrance d'aucune sorte, et jouissant d'une excellente santé, vit se produire à plusieurs reprises un écoulement limpide et sans odeur par le vagin. L'abondance de cette hydrorrhée véritable était telle que les linges devaient être renouvelés plusieurs fois par jour.

Pendant un an, ce symptôme se poursuivit, accentué surtout après les périodes menstruelles, et sans qu'aucun autre signe du cancer de l'utérus vînt se manifester et éclairer le diagnostic.

Enfin se montrèrent les douleurs dans l'utérus et le petit bassin, l'écoulement ichoreux et fétide remplaça le flux séreux, inodore, et la malade, de bien portante qu'elle était, tomba dans la cachexie habituelle, qui l'emporta en peu de temps. Le toucher pratiqué avec soin jusque dans les derniers jours de la vie fit toujours reconnaître une intégrité parfaite du col. Il y a donc lieu d'affirmer que les signes généraux qu'avait présentés notre malade se rapportaient à un cancer du corps de l'utérus; d'autant plus que l'examen microscopique ayant été

fait, a démontré, la présence des cellules cancéreuses dans l'écoulement ichoreux.

Devant un fait aussi frappant, devant des observations analogues recueillies par moi dans les services hospitaliers ou découvertes dans les auteurs, j'ai pensé qu'il y avait, dans la considération de ce flux séreux prémonitoire du cancer de l'utérus, un moyen important de diagnostic, et assez peu connu.

Le but que je poursuis dans ce travail est donc :

1° De distinguer formellement l'écoulement limpide, inodore, l'hydrorrhée en un mot, du flux ichoreux et d'une fétidité particulière et que chacun connaît.

2° De montrer que l'apparition de cette hydrorrhée, se faisant avant celle de tous autres symptômes et au début de la maladie, doit être envisagée comme élement important de diagnostic précoce.

Nous verrons en même temps que l'hydrorrhée est symptomatique d'un travail néoplasique de l'utérus, et que la résultante de ce travail pourrait être, soit une tumeur bénigne (?), soit un cancer.

3° Enfin la lecture de nos observations nous montrera que l'hydrorrhée se manifeste presque exclusivement dans le cancer du corps de l'utérus; qu'il soit primitif ou secondaire à celui du col. Dans ce dernier cas on observe une hydrorrhée non plus précoce, mais tardive, tandis que, dans le cancer du corps de l'utérus, primitif, elle est premier symptôme apparent.

C'est donc, en résumé, la valeur séméiologique de l'hydrorrhée dans le cancer du corps de l'utérus que nous voulons essayer de démontrer, dans ce travail. Il va sans dire que ce symptôme est comme signe prémonitoire, et par conséquent, surtout lorsque la néoplasie a envahi primitivement le corps de l'organe.

S'il n'est que peu important, en effet, de constater l'envahissement du corps après celui du col, au moyen de la production d'un flux de nature séreuse, il est de toute importance, au contraire, de pouvoir reconnaître le début de l'épithélioma dans le corps utérin, là où nos moyens objectifs d'investigation se trouvent en défaut.

L'historique de l'hydrorrhée symptomatique de néoplasmes utérins sera brève, les auteurs ont généralement accordé peu d'attention à ce signe, qui nous semble devoir tenir un rang plus élevé parmi les éléments de diagnostic.

Nous essayerons aussi d'exposer la pathogénie de ce symptôme, en nous aidant des théories émises à propos de l'hydrorrhée qu'on observe chez les femmes en état de gestation.

La question du diagnostic nous occupera, on le conçoit, plus que toutes les autres ; nous dirons de quels écoulements l'hydrorrhée doit se distinguer, et de quelles affections utérines elle peut être le symptôme. Enfin, comment, étant donné le phénomène hydrorrhée, on pourra reconnaître l'existence d'un cancer du corps de l'utérus.

Nous terminerons par le pronostic et par le traitement qui peuvent convenir dans ces cas. Et malheureusement il y a peu de chose à dire, alors qu'il s'agit d'une affection aussi grave et aussi inaccessible que le cancer du corps de l'utérus.

Qu'il nous soit permis, avant d'entrer en matière, d'adresser nos sincères remerciements à M. le professeur Jaccoud, pour avoir bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, et pour toute la bienveillance qu'il nous a témoignée pendant le cours de nos études médicales à Paris.

[illegible]

DE L'HYDRORRHÉE

ET

DE SA VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE

DANS

LE CANCER DU CORPS DE L'UTÉRUS

« A toutes les époques on s'est préoccupé des « maladies de l'uterus et de ses annexes ; mal- « heureusement il n'est pas de matière où l'ima- « gination ait joué un plus grand rôle et où « l'observation ait été plus longtemps reléguée « au dernier plan. »

(COURTY.)

HISTORIQUE.

Pendant bien longtemps après la déconverte de l'hydrorrhée et de l'hydrométra chez les femmes enceintes, on n'a pas même supposé l'existence de ces phénomènes pathologiques, en dehors de l'état de grossesse. Ce n'est qu'en 1816 (thèse de Lafosse sur l'hydrométrie) que l'hydrométrie en dehors de l'état de gestation commence à attirer l'attention des médecins et à figurer dans les journaux médicaux et les traités de gynécologie. Et c'est ainsi que nous trouvons dans un des plus anciens traités des maladies de l'utérus, celui de Dugès et Mme Boivin (1833), des observations relatives à l'hy-

dométra ou hydropisie symptomatique des lésions organiques de l'utérus (observation VI), et plus tard en 1834, dans Schmidt's Jahresbücher, des observations publiées par Brochmann (observation I) sur le phénomène de l'hydrorrhée existant dans un cas de cancer du corps de l'utérus. Malgré ces faits, qui ne devaient plus laisser aucun doute sur l'existence de l'hydrométra en dehors de l'état de grossesse, il y eut cependant quelques médecins qui se refusèrent à l'admettre, et même qui en nièrent absolument l'existence. Tels sont : Stoltz et ses élèves. Mais Tissier, de Lyon (1844, Gaz. méd. de Paris), Dard (1855, Gaz. méd. de Paris) et Spanks (1855, Gaz. méd. de Paris) vinrent infirmer les négations de Stoltz par la publication d'observations d'hydrométra en dehors de l'état de grossesse. Il ne restait plus aucun doute à ce sujet dans l'esprit des médecins, lorsque presque tous les auteurs classiques commencèrent à consacrer à cet état pathologique de l'utérus un chapitre à part dans leurs traités de gynécologie, et à laisser entrevoir que ce symptôme coïncidait souvent avec le cancer ou autres lésions organiques de l'utérus.

Scanzoni, cependant, en 1858, dans son chapitre sur l'hydrométra, n'attribue ce phénomène qu'à une simple accumulation des sécrétions dans l'utérus, causée par un obstacle à l'orifice du col ; mais cet auteur ne fait aucune allusion au processus néoplasique.

En 1860, Nonat (Maladies de l'utérus) avait déjà

mieux étudié l'hydrométra au point de vue de ses causes. Et Grisolle, en 1864, dans sa pathologie interne, en parlant des causes qui interviennent pour fournir un obstacle à la sortie du liquide sécrété et accumulé dans la matrice dans les cas d'hydrométra, compte parmi celles-ci la dégénérescence cancéreuse qui produirait une imperméabilité du col. Charles West (1870), Gusserow (1870), Simpson (1874, observ. IV et V), Cruveilhier, Robert Barns (1878), Guérin (1878), tous parlent de l'hydrométra et de ses causes parmi lesquelles le cancer figure toujours. Mais dans aucun de ces auteurs classiques, je n'ai pu trouver un seul mot sur l'hydrorrhée ; ce n'est que dans le traité des maladies utérines du professeur Courty, de Montpellier, que j'ai pu lire un chapitre consacré à l'étude de ce phénomène. Voici ce qu'il dit :

« *L'hydrorrhée* est l'écoulement abondant d'un fluide aqueux par l'orifice utérin ; *l'hydrométrie* est la tumeur formée par la rétention de ce fluide dans la matrice.

« En dehors des hydropisies de l'amnios, des suites de grossesse anormale, des môles, des altérations d'un cadavre de fœtus, de ces membranes ou du placenta, de l'ouverture intra-utérine, d'un kyste de la trompe ou de l'ovaire et des autres causes de fausses leucorrhées, l'hydrorrhée et l'hydrométrie ne peuvent provenir que d'une hypersécrétion de la muqueuse utérine. Le liquide sécrété peut être al-

(1) Courty. Traité des maladies de l'utérus, p. 959.

téré dans sa quantité et dans sa qualité, s'écouler d'une manière continue ou intermittente, être retenu complètement dans la cavité utérine et même y donner naissance à la production de gaz : telles sont *les seules causes directes* auxquelles on doit attribuer l'hydrorrhee, l'hydrométrie et la physométrie. Les écoulements séreux, séro-sanguinolents, sanieux, ichoreux, provoqués par les altérations organiques graves de la muqueuse utérine, sont quelquefois considérables, mais ils ne dépassent guère les limites des flux symptomatiques réunis ci-dessus sous le nom de fausse leucorrhée. L'hydrométrie *idiopathique ne dérive que de la propre sécrétion* de l'utérus.

« L'hydrorrhee suppose donc une *augmentation de la sécrétion utérine*, accompagnée généralement d'une diminution de densité du liquide sécrété. Cette diminution de densité du liquide sécrété, commune aux hydropisies des autres organes, provient de la précipitation des éléments solides on d'une altération de la sécrétion même de l'organe, amené par sa distension et son amincissement à l'état d'une sorte de capsule fibro-sereuse. L'hydrométra suppose l'imperforation du col, plus souvent son oblitération ou son obstruction par la présence d'un polype, par une flexion très prononcée, ou une tuméfaction anormale des pilastres de l'isthme dont l'emboîtement ferme l'orifice cervico-utérin; etc. »

Mais si l'existence de l'hydrorrhee dans le cours de la grossesse, et plus tard dans les états pathologiques de l'utérus, a été bien constatée et admise

par tous les auteurs, nous devons dire que la plupart d'entre eux sont absolument muets sur le rôle séméiologique de ce phénomène, surtout dans les cas de cancer utérin, où il peut constituer un signe prémonitoire important du cancer du corps de l'utérus.

Troussel (1842), Dugès et Mme Boivin (1833), Nonat (1860) et autres, signalent dans le cours des cancers de l'utérus, des écoulements qu'ils désignent sous le nom d'eau rousse, confondant évidemment en une seule appellation l'hydrorrhée ou écoulement séreux, clair et inodore et le flux fétide ichor cancéreux, qui forme un signe à part, et que par la suite nous montrerons être complètement différent de l'hydrorrhée. Ces auteurs par une étude peu approfondie et du symptôme et de l'époque à laquelle il fait son apparition, attribuent l'écoulement utérin à la présence d'ulcérations cancéreuses. Nous verrons au chapitre du diagnostic ce qu'il convient de penser de cette manière de voir.

Parmi les auteurs qui ont étudié le cancer du corps de l'utérus séparément de celui du col, tous insistent sur la production de cet écoulement aqueux, séreux, eau rousse ou eau de viande, suivant la terminologie favorite de chacun d'entre eux.

Nous voyons Brachmann (Schmidt's Jahresbücher (1834), Simpson (1874), Pichot (thèse 1876), Robert Barns (1878), Guerin (1878), de Sinety (1879) et Courty (1881) mettre ce phénomène en

lumière et le regarder presque comme un signe pathognomonique du cancer du corps utérin.

Charles West (1870) (1) et Gusserow (1878), allant plus loin et mieux inspirés, selon nous, reconnaissent la véritable valeur séméiologique et en font un signe prémonitoire capital du cancer du corps de l'utérus.

En France, aucun ouvrage n'a été publié sur l'hydrorrhée, ni sur sa valeur séméiologique dans le cancer du corps de l'utérus.

ÉTUDE DU SYMPTÔME.

Le mode d'apparition du flux hydrorrhéique et l'étude complète du liquide ne sont décrits nulle part, et cela par la raison que bien peu de médecins ont eu l'occasion de reconnaître ce phénomène et de l'étudier dès son début. Généralement, en effet, les malades atteints d'hydrorrhée, plus surprises qu'inquiètes de cet écoulement aqueux, négligent de consulter le médecin jusqu'au moment où l'apparition des douleurs et le changement des caractères de l'écoulement les font se décider à venir à l'hôpital. Que si des femmes plus soigneuses de leur personne viennent déclarer au médecin qu'elles éprouvent des pertes aqueuses abondantes, celui-ci, peu familiarisé avec ce symptôme, resté obscur jusqu'ici, ne voit le plus

(1) Charles West décrit un flux muqueux ou muco-purulent, comme un signe qui n'est pas rare dans la première période du cancer médullaire utérin-aqueux dans la forme indolente, et séreux dans le cancer épithélial.

sonvent dans les prétendues pertes d'eau, qu'une simple leucorrhée, mal interprétée par la malade.

Ponr nous, c'est presque toujours tardivement, alors que l'écoulement ichoreux avait remplacé l'hydrorrhée, que nous avons entendu décrire par les malades lenrs premières pertes comme formées par de l'eau limpide et inodore.

Évidemment, si notre attention n'avait été éveillée snr l'existence de ce signe, nous aurions pu attribuer cette description à une erreur d'interprétation de la part des malades.

Ces diverses raisons expliquent pourquoi le symptôme hydrorrhée et sa nature n'ont pn être décrits depuis son apparition jusqu'au moment où l'écoulement de l'ichor cancéreux caractéristique lui succède.

Le hasard nons a mieux servi, et nous avons eu la bonne fortune de pouvoir étudier le mode de développement du phénomène et la nature du liquide chez trois femmes qui forment le sujet des observations XV, XVI et XVII (1).

L'apparition de l'hydrorrhée n'est annoncée par aucun symptôme. En pleine santé apparente et à tout âge (puisque le cancer de l'utérus peut se montrer chez des jeunes tout aussi bien que chez des vieilles femmes), les femmes se sentent tout d'un coup mouillées par un liquide aqueux, inodore et peu abondant d'abord, mais dont la quantité augmente de plus en plus; de sorte que souvent certai-

(1) L'observation XVII est portée en résumé dans le chapitre diagnostic.

nes femmes évaluent le volume de leurs pertes à un litre par jour. Dans les cas de pertes très abondantes, celles-ci sont intermittentes et ne fatiguent les malades qu'à des intervalles éloignés qui coïncident le plus souvent avec la disparition du flux menstruel. Dans les périodes intermenstruelles, l'écoulement cesse, ou bien il se continue, mais alors son intensité est bien moindre.

Au début de l'envahissement de l'organe par la néoplasie cancéreuse, l'hydrorrhée n'est pas très abondante; son abondance augmente avec le progrès de la lésion.

Mais, dès que le processus ulcératif apparaît dans le néoplasme, l'hydrorrhée disparaît insensiblement pour faire place à l'écoulement de l'ichor cancéreux.

Jamais les femmes ne nous ont signalé la mauvaise qualité de cet écoulement. Quelle que soit sa durée, de quelques mois ou de quelques années, l'hydrorrhée jusqu'à son passage à l'état d'ichor cancéreux reste toujours aqueuse, presque inodore, à peu près incolore et n'excoriant pas les parties par le contact de son séjour.

Mais presque toutes les malades se plaignent d'un sentiment de poids dans le bas-ventre, soit avant l'écoulement, soit pendant l'écoulement, ce qui s'explique par l'accumulation du liquide dans l'utérus et par la tuméfaction presque constante de cet organe dans ces cas.

Chez la plupart des femmes qui ont présenté un

cancer primitif du corps de l'utérus, l'hydrorrhée ne s'accompagnait d'aucune douleur et n'alternait qu'exceptionnellement avec des hémorrhagies.

Elle précède les douleurs et les hémorrhagies qui sont dues à l'ulcération du corps et à l'envahissement secondaire du col utérin ; à partir de ce moment, elle peut coïncider avec celles-ci pendant un certain temps variable avec la marche de la néoplasie.

Ce sont les douleurs et les hémorrhagies, au contraire, qui précèdent l'hydrorrhée, lorsque la néoplasie cancéreuse a envahi le col avant le corps utérin ; et dans ces cas, si les lésions du col sont déjà avancées, l'ichor cancéreux peut plus ou moins alterner avec l'hydrorrhée.

C'est ainsi que chez la malade qui fait le sujet de l'observation XII et qui présente un cancer primitif du corps de l'utérus, nous voyons l'écoulement d'eau précéder de deux ans l'apparition des douleurs et d'hémorrhagies.

Tandis que chez la malade de l'observation XIV, et qui présente un cancer du corps consécutif à celui du col utérin, nous voyons, au contraire, les douleurs et les pertes sanguines précéder de beaucoup l'hydrorrhée.

L'existence de l'hydrorrhée ne modifie le flux menstruel en aucun de ses caractères ; la durée du flux diminue seulement à chaque époque d'un peu plus, jusqu'à ce qu'il finisse par disparaître com-

plètement au bout d'un temps indéterminé et variable avec la marche de la néoplasie.

Quant à l'influence de l'hydrorrhée sur l'état général de la malade, elle ne se produit qu'à la longue; par suite de sa persistance et de son abondance, elle affaiblit les femmes à cause des grandes quantités d'albumine que ce liquide enlève à l'organisme.

C'est la perte de l'albumine, substance si indispensable à la nutrition des tissus, et le progrès de la lésion cancéreuse qui amènent plus ou moins rapidement cet état de cachexie dont les caractères sont connus par tout le monde, et c'est dans ce dernier cas que l'écoulement ichoreux caractéristique vient remplacer l'hydrorrhée.

Le liquide hydrorrhéique chez nos trois malades a été étudié avant que les femmes soient arrivées à la période cachectique, alors que le liquide était encore clair, inodore et presque incolore.

Nous avons fait plusieurs fois l'examen de ce liquide à des époques différentes, et voici ce que nous avons trouvé ;

La quantité du liquide n'a pu être évaluée exactement à cause de l'écoulement effectué pendant la nuit et qui échappait à l'appréciation. De plus le moindre mouvement de la part des malades devenait la cause du flux hydrorrhéique qui ne pouvait pas toujours être recueilli.

C'est surtout en descendant du lit que la récolte était facile à faire. Les malades pouvaient alors facile-

ment nous fonrnir 100 à 250 grammes de ce liquide.

Les qualités physiques de ce liquide varient suivant qu'il est recueilli au début de la maladie ou vers le commencement de la période ulcérative, on suivant qu'on l'observe avant ou après une perte sanguine.

Ce liquide, dans les premiers mois de son apparition, est limpide, incolore, inodore et empèse le linge, seule trace qn'il laisse sur la toile. Plus tard il devient citrin, reste limpide et inodore jusqu'à la période d'nlcération du cancer; mais alors le liquide devient de plus eu plus trouble, souvent jaunâtre ou roussâtre, prend une odeur désagréable et passe ainsi à l'état d'ichor cancéreux.

Si ce liquide est recueilli avant ou dans les intervalles d'une perte sanguine, il reste incolore ou légèrement citrin suivant la période de la maladie à laquelle il est observé; mais si l'on examine après une perte sanguine, on le retronve un pen rosé, à peine trouble et très abondant.

Dans tout les cas il empèse fortement le linge, ce qui prouve, comme nous le verrons d'ailleurs, sa richesse en albumine.

Les caractères chimiques de ce liquide ont été examinés à plnsieurs reprises aussi, et à des époques différentes.

Voici ce que nous avons trouvé : réaction toujours neutre. Albumine, dont la quantité augmente avec le progrès de la maladie. Urée : 2 à 5

grammes par litre, invariable à n'importe quelle période de la maladie. Cristaux de soude formés après la réduction par l'évaporation. Cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien, se formant après l'addition de quelques gouttes d'ammoniaque liquide sur le champ du microscope. Point de sucre ni de mucoin e.

Pour nous assurer que le liquide examiné n'était pas de l'urine (à cause de sa ressemblance avec ce dernier), nous avons examiné de l'urine séparément, et n'y voyant point de traces d'albumine, et y ayant constaté des quantités normales d'urée, nous avons continué notre examen microscopique de l'hydrorrhée sans hésitation. Pour faire l'examen microscopique, nous avons toujours mis sur le champ du microscope une goutte du liquide prise au fond du vase, où se déposaient les éléments histologiques.

Le résultat des premières analyses microscopiques différait de celui des analyses faites quelques jours avant le passage de l'hydrorrhée à l'état d'ichor cancéreux. Voici ce que nous avons trouvé dans nos premières recherches qui correspondent au quatrième et cinquième mois des pertes de cette eau :

Quelques cellules épithéliales pavimenteuses des parois vaginales et exceptionnellement des cellules cylindriques utérines. Quelques globules blancs, des traces de fibrine.

Des cellules cancéreuses jeunes caractérisées par

l'existence d'un noyau volumineux entouré d'un corps cellulaire très petit.

Plus tard, les caractères microscopiques du liquide subissaient quelques modifications avec la marche du processus néoplasique. Et nous avons trouvé, sauf les cellules propres des muqueuses utérines et vaginales, des corpuscules graisseux, quelques leucocytes, des traces de fibrine, des cellules cancéreuses de tout âge.

En resumé, voici les caractères du liquide hydrorrhéique :

Caractères physiques :

Liquide clair, limpide, à peine citrin et presque inodore.

Caractères chimiques :

Albumine en quantité notable.

Urée, 2 à 5 grammes par litre.

Cristaux de soude.

Cristaux de phosphate ammoniaco-magnésium.

Point de sucre.

Point de mucosine.

Caractères microscopiques :

Cellules normales des muqueuses vaginale et utérine.

Cellules cancéreuses jeunes à la première période, et de tout âge à la seconde.

PATHOGENIE.

Pour tous ceux qui se sont occupés d'hydrorrhée des gravidiques, la plus grande préoccupation a été de savoir d'où provenait le liquide hydrorrhéique. Aussi a-t-il été pnblié sur l'hydrorrhée un grand nombre de travaux, et bien des médecins depuis Hippocrate jusqu'à nos jours ont imaginé, relativement à ce sujet, des théories plus ou moins ingénieuses, fort différentes et souvent opposées, reproduites tour à tour sous des formes progressivemeut modifiées, qui ont été tantôt célébrées et tautôt rejetées.

Les deux théories les plus en vogue sur l'origine du liquide sont les deux suivantes :

1° Ou bien le liquide vient de la cavité amniotique, soit par traussudation, soit par épanchement à la suite d'une déchirure ;

2° Ou bien le liquide provient des parois de l'utérus (Naegele) et, dans ce cas, on l'attribue soit à une hypersécrétion des glandes hypertrophiées de la muqueuse utérine (Hegar et autres), soit à un épanchement de lymphe pure, soit enfin à de la sérosité extravasée des vaisseaux capillaires, déchirés par un décollement de la portion membraneuse de l'œuf (Chassinat, Depaul). Plusieurs observatious authentiques de la persistance de l'hydrorrhée

après l'accouchement prouvent en faveur de la théorie de Naegele. Deux observations de ce genre de Chally-Honoré (thèse de Stapfer) et une autre de Colin Mackenzie, publiée dans l'*American Journal*, qui parle de l'hydrorrhée se continuant après l'accouchement dans un cas de fibrome utérin, confirment aussi l'idée de Naegele.

Avec des preuves aussi évidentes, appuyées d'autorités aussi considérables que celles des auteurs précités, nous n'hésitons pas à admettre que l'hydrorrhée des femmes enceintes provient des parois utérines.

Examinons maintenant si le liquide est fourni par les glandes, par les vaisseaux lymphatiques ou par les vaisseaux capillaires sanguins.

D'après Hegar le liquide viendrait des glandes; cette hypothèse s'appuie sur un fait dans lequel il a trouvé une hypertrophie des glandes de la muqueuse utérine; l'hydrorrhée ne serait que le résultat de leur hypersécrétion. Mais dans ce cas le liquide devrait, au lieu d'être clair et limpide, présenter le caractère du liquide de sécrétion, il devrait contenir une certaine quantité de cellules cylindriques, ce qui n'a pas lieu. Nous rejetons donc cette première opinion. Voyons celle qui explique l'hydrorrhée par un épanchement de lymphe :

C'est depuis peu de temps qu'on a décrit des lacunes lymphatiques (Doléris) étalées à la surface utérine; ces bouches absorbantes et résorbantes se

développent dans certains états pathologiques, tels que les corps fibreux, ou dans des états voisins de la pathologie, tels que la grossesse. La lymphe transsndant décollerait peu à peu les membranes et donnerait lieu à l'hydrorrhée. Mais nous ne pouvons admettre un épanchement de lymphe pure, car celle-ci est coaguiuble à l'air libre, et on n'a jamais dit que le liquide de l'hydrorrhée présentât cette particularité.

Il nous reste la théorie de la sérosité extravasée des vaisseaux capillaires, déchirés par un décollement de la portion membraneuse de l'œuf: nous l'admettrions volontiers parce que le liquide hydrorrhéique présente des caractères analogues à ceux de la sérosité sanguine.

Dans les cas d'hydrorrhée symptomatique de lésions organiques de l'utérus, nous admettons comme pour celle des gravidiques, sans aucune réserve, la provenance utérine du liquide, et nous prenons à l'appui de cette idée l'observation IV et tous les cas d'hydrométra, qui n'est autre chose qu'une hydrorrhée ayant rencontré un obstacle à l'orifice du col; dès que l'obstacle est rompu l'hydrorrhée s'établit et l'hydrométra disparaît.

Mais comment se produit ce liquide?

Quelle est sa véritable origine?

Il y a des auteurs qui, admettant une hydrorrhée idiopathique, expliquent l'origine du liquide par une hypersécrétion des glandes utérines; tels sont : Cruveilhier et Courty. Mais nous hésitons

nons ranger à leur opinion, parce que nous admettons que le liquide hydrorrhéique est séro-albumineux, limpide et non muqueux. Cette hypersécrétion ne constituerait alors plus de l'hydrorrhée, mais une *mucorrhée*. Nous ne pouvons pas non plus admettre l'épanchement de la lymphe, et cela pour les mêmes raisons que dans les cas d'hydrorrhée gravidique; et nous croyons que l'hydrorrhée ne peut être que le résultat de la transsudation du sérum sanguin, échappé hors des vaisseaux par un processus pathologique.

Chaque fois qu'il se fait un travail néoplasique dans un endroit quelconque de l'organisme, les congestions actives ou passives d'abord, et les modifications anatomiques des vaisseaux ensuite, en sont les conséquences inévitables.

On concevra donc que l'apparition du néoplasme dans l'utérus, cet organe si disposé aux congestions répétées, provoque l'éclosion des phénomènes suivants :

Le néoplasme, jouant le rôle d'épine inflammatoire, s'entoure d'une zone de congestion qui, s'augmentant rapidement, envahit bientôt tout l'organe, en vertu des lois de dépendance fonctionnelle sur lesquelles il est inutile d'insister. Les vaisseaux utérins qui sont le siège de cette congestion se distendent et subissent bientôt, principalement au voisinage de la tumeur, les altérations dégénératives qui sont propres aux congestions prolongées et à la néoplasie cancéreuse. L'effet principal de ces

altérations est de permettre la transsudation hors des vaisseaux du sérum sanguin, qui constitue le liquide de l'hydrorrhée ainsi qu'il a été conclu plus haut.

Un autre facteur dans la production de cette extravasation liquide se trouve dans l'exagération de tonicité des fibres utérines mises en action par la présence d'un excès d'acide carbonique, résultant de la stase sanguine qui a envahi tout l'organe.

On sait que dans la congestion utérine qui se produit dans le gravidisme, Brown-Séquard a admis une excitation de la fibre utérine par l'acide carbonique contenu en excès dans le sang des vaisseaux en état de congestion. Cette hypothèse appuyée sur des expériences nombreuses ne serait-elle pas ici de mise?

Nous admettons volontiers que l'acide carbonique du sang des vaisseaux de l'utérus congestionné excite la tonicité des fibres utérines. Ces fibres, réagissant à leur tour sur les vaisseaux qu'elles enserrent, provoqueraient l'écoulement abondant de la sérosité du sang déjà disposée à s'échapper hors des vaisseaux altérés. Peut-être aussi à cette action du sang sur l'excitabilité propre des fibres utérines faut-il ajouter l'effet direct du néoplasme, agissant sur l'innervation utérine comme excitant étranger et par un phénomène d'ordre purement réflexe.

En tous cas, voici, pour nous résumer, la manière dont nous concevons la physiologie pathologique de l'hydrorrhée.

L'apparition du néoplasme provoque comme phénomène initial une congestion ntérine et, partant, une altération vasculaire.

Cette altération vasculaire permet la transsudation du sérnm sanguin, et ce fait constitue l'hydrorrhée.

La tonicité musculaire utérine mise en jeu par le fait même de la congestion (CO^2) et causée aussi par la présence du néoplasme, favorise cette transsndation, la rend plus considérable et ainsi est constituée l'abondance du flux séreux, dont la nature étudiée précédemment ne prouve que trop sa provenance vasculaire.

Enfin ces soustractions fébrillaires utérines lentes et presque continues, s'accompagnent rarement de douleurs et passent la plupart du temps inaperçues.

« Dès qu'on veut étudier les maladies de la matrice, on est arrêté par une difficulté inhérente à la position qu'occupe l'organe dans l'économie. L'utérus est, en effet, un des viscères sur les confins pour ainsi dire des organes externes et internes ; comme le rectum, la vessie, le larynx, il est situé plutôt dans l'intérieur des cavités, sans être cependant complètement inaccessible par l'intérieur. Il résulte de cette situation qu'il n'est point aisé de l'explorer convenablement en tous sens, et que le diagnostic des maladies qui l'affectent est par cette raison plus embarrassant. De là encore la divergence d'opinions dont ses maladies sont le sujet (1). »

Si le diagnostic de toutes les maladies de l'utérus, comme le dit si bien Velpeau, est embarrassant, celui du cancer du corps de cet organe doit l'être évidemment davantage, et en effet : « Le cancer du corps de l'utérus, dit Thomas, est bien plus fréquent qu'on ne le croit généralement, et le caractère le plus saillant de cette affection c'est l'obscurité dont son diagnostic est entouré ! »

Pichot, dans sa thèse sur le cancer du corps de l'utérus, en reconnaissant deux périodes dans la marche de cette affection, dit : « Dans la première

(1) Velpeau. Leçons cliniques parues en 1845 dans la Gaz. des hôpitaux.

période ou celle du début, *rien n'affirme ni ne dénonce l'affection;* dans la deuxième, ou période finale, la diathèse cancéreuse est dénotée par les symptômes généraux. » Beaucoup d'autres auteurs sont de l'avis de Thomas et de Pichot, mais il en reste heureusement de ceux qui, s'ils ne sont pas tout à fait affirmatifs sur les symptômes du début du cancer de ce segment utérin, appellent du moins l'attention des praticiens sur les signes apparaissant le plus souvent au début de cette affection, et les engagent par cela de chercher à confirmer ultérieurement leurs observations antérieures. C'est ainsi que Lebert qui, dans la symptomatologie du cancer utérin, après avoir insisté sur les hémorrhagies au début du cancer, dit que ce signe, sous ce rapport, a presque autant de valeur que les hémoptysies pour l'affection tuberculeuse du poumon, ajoute plus loin, à propos de l'écoulement vaginal, que : trois de ses malades eurent dès le début du cancer un écoulement vaginal abondant, souvent coloré de sang, sans qu'il y ait en véritablement perte. Chez cinq autres malades, cette teinte sanguine de l'écoulement manquait, et un écoulement vaginal seul marquait le début (page 246). Plus loin encore, en décrivant les caractères des écoulements qui existent dans le cancer de l'utérus, il décrit cet écoulement vaginal comme séreux et tellement abondant que les femmes sont obligées de se garnir et de changer plusieurs fois par jour. Chez quatre de ces malades (page 254), l'écoulement

avait toujours été très copieux *avant le développement du cancer.* »

Charles West décrit aussi un écoulement muqueux vaginal très abondant, comme n'étant pas rare dans les premières phases du cancer utérin. Gusserow, au point de vue des signes prémonitoires du cancer utérin, est plus concluant encore lorsqu'il dit : « L'hydrorrhée survient souvent avant la destruction des masses cancéreuses, avant *même leur ramollissement.* »

Après une déclaration aussi affirmative que celle de ce dernier auteur, et après la conclusion de nos propres observations ou de celles des divers auteurs, nous n'hésitons plus à admettre l'existence d'un signe prémonitoire du cancer du corps utérin; ce signe, on le comprend déjà, c'est l'*hydrorrhée*, car c'est elle qui a été le plus souvent observée au début du cancer du corps de l'utérus; les hémorrhagies et les douleurs ne s'observent, comme nous le verrons, que plus tard.

Mais comment reconnaître l'existence de l'hydrorrhée? quels sont ses signes différentiels d'avec l'hydrorrhée des gravidiques et d'avec les autres écoulements vaginaux analogues?

L'hydrorrhée est-elle un signe prémonitoire constant et exclusif du cancer du corps de l'utérus?

Existe-elle seule, ou bien est-elle précédée, accompagnée ou suivie par d'autres symptômes regardés comme premiers à apparaître dans le cancer du corps de l'utérus?

Telles sont les questions que nous nous proposons de discuter dans ce chapitre.

Pour reconnaître l'existence de l'hydrorrhée et la différencier des autres écoulements vaginaux analogues, la description des malades snr le mode de production et les caractères de lenrs pertes aqueuses ne suffit pas ; il faut que le médecin lui-même, par un examen complet de ce liquide, vérifie si l'écoulement décrit est de l'hydrorrhée, ou une autre espèce d'écoulement.

Si, en effet, une femme jouissant d'une santé bonne généralement raconte avoir perdu à plusieurs reprises, d'une manière intermittente ou continue un liquide (par le vagin) aquenx, abondant, clair, sans odeur et ne laissant sur le linge aucune autre trace que celle d'nn empèsement, devons-nous attribuer ces pertes à une hydrorrhée? Oui, si on a pu vérifier par un examen atteutif les caractères objectifs, chimiques et microscopiques étudiés an chapitre symptômes de notre travail. On reconnaîtra alors par la présence des cellules cancéreuses à part les antres caractères, l'existence de l'hydrorrhée, facile à séparer des écoulements mnqueux ou autres qni peuvent se faire jour par le vagin.

Nous n'avons plus à insister sur ce point même du diagnostic, mais il nous reste le chapitre le plus important.

L'hydrorrhée étant reconnue, comment pourrous-

nous savoir si elle est le symptôme prémonitoire de la néoformation d'un cancer du corps utérin ou d'un autre état de l'utérus.

L'hydrorrhée peut reconnaître plusieurs causes. Elle peut être due :

1° A l'état gravidique ;

2° A un état pathologique utérin, et nous nous attacherons à démontrer que le cancer du corps de l'utérus est le seul état pathogique capable de produire ce phénomène.

Comment reconnaîtrons-nous l'état utérin d'après le seul phénomène : hydrorrhée ?

S'il y a grossesse et qu'elle ait dépassé quatre mois et demi, que ses signes de certitude soient manifestes, le doute n'est plus permis, et l'hydrorrhée est bien certainement sous la dépendance de la grossesse.

Mais malheureusement l'hydrorrhée des gravidiques, qui le plus souvent ne survient que dans les derniers mois de la gestation, a été observée quelquefois aussi dans les premières semaines de la grossesse. Dans ces cas on établira son diagnostic différentiel entre l'hydrorrhée des gravidiques et l'hydrorrhée due à une autre cause sur des signes généraux et l'examen microscopique du liquide.

L'absence des règles existe souvent au début du cancer, tout aussi bien que dans la grossesse.

La présence des règles a été, par contre, observée quelquefois pendant les premiers mois de la grossesse.

L'augmentation sensible du volume de l'utérus

s'observe au début du cancer utérin. La tuméfaction des seins n'est pas exclusivement le propre de la grossesse, car on l'observe assez souvent dans certaines maladies utérines, et le caractère le plus saillant des modifications des seins dues seulement à l'état de gestation, c'est-à-dire la pigmentation de l'aréole, n'est bien manifeste qu'à partir du quatrième mois. Les antécédents héréditaires de la malade ne peuvent non plus résoudre cette question, car on peut avoir un cancer sans présenter des antécédents héréditaires, et ne point avoir de cancer malgrés ces antécédents. L'âge de la malade, enfin, ne nous éclairera pas beaucoup non plus avant la ménopause, car nous connaissons de toutes jeunes femmes (obs. VIII, X, XV et XVI) affectées de cancer corps utérin; mais après la ménopause l'apparition de l'hydrorrhée ne peut plus être attribuée à une grossesse; dès lors, l'existence d'une lésion organique de l'utérus ne doit plus être mise en doute.

Au contraire, quand l'hydrorrhée se produit chez une femme jeune, que les signes de probabilité de la grossesse ne sont pas en grand nombre ou mal établis, il peut y avoir doute sur la possibilité d'une grossesse commençante ou bien d'un cancer utérin. L'examen histologique, démontrant l'absence ou la présence de cellules cancéreuses dans le liquide hydrorrhéique, permettra de lever les doutes.

Donc, quand les éléments de diagnostic seront suffisants pour éliminer la grossesse comme cause

d'une hydrorrhée, à quelle lésion de l'ntérus pourrons-nous la rattacher?

Les écoulements qui par leur ressemblance pourraient donner lien à la confusion sont (sauf l'hydrorrhée des gravidiqnes):

1° Les écoulements provenant d'une hypersécrétion abondante et passagère de la muqueuse utérine, hypersécrétion décrite par Courty sous le nom d'hydrorrhée idiopathique; la consistance de ce liqnide cependant, qui est muqneux et non aqueux, et l'absence des cellules cancéreuses que l'examen microscopique y dénote, le distinguent de l'hydrorrhée qui nous occupe.

2° L'écoulement abondant, provenant des polypes muqueux ou autres, ne présente jamais cette limpidité de l'hydrorrhée et de plus l'absence des cellules cancéreuses le différenciera encore.

3° Dans le liquide provenant de la rupture d'un kyste hydatique de l'ntérus on trouvera des hydatides en nombre plus on moins grand; de plus l'écoulement sera subit, temporaire et ne se reproduisant plus, dn moins sous la forme de liquide limpide.

4° L'hydrorrhée, observée exceptionnellement par certains auteurs dans les cas de fibrome, est celle dont le diagnostic, après celui de l'hydrorrhée des gravidiques an début, offre le plus de difficultés.

Il a été observé, en effet, dans le fibrome ntérin, après une longue évolntion de cette tumour, un écoulement abondant, clair, limpide et sans odenr, tout à fait analogue à l'hydrorrhée dn cancer du

corps utérin. Mais nous croyons que l'hydrorrhée pendant le cours du fibrome coïncide avec la transformation du néoplasme en cancer.

Nous savons, en effet, que cette transformation des tumeurs bénignes en tumeurs malignes a été déjà observée, et que Gusserow même croit qu'une longue évolution du fibrome utérin amène nécessairement la transformation de ce dernier en fibro-sarcome d'abord et en carcinome ensuite; nous savons également que MM. Cornil et Boissier ont aussi observé cette dégénérescence cancéreuse du fibrome utérin ; enfin, nous avons nous-même eu l'occasion de voir l'autopsie d'une femme qui pendant très longtemps avant sa mort avait présenté les signes d'un fibrome utérin, et chez laquelle la tumeur fibreuse de l'utérus a été trouvée en état de dégénérescence cancéreuse partielle.

Nous connaissons actuellement une malade dans le service de M. Rigal qui, ayant porté pendant dix ans une tumeur fibreuse de l'utérus, n'a présenté aucune autre réaction que des métrorrhagies abondantes, et qui maintenant, alors que le col de cet organe est envahi depuis un an par la dégénérescence cancéreuse, a vu il y a quatre mois une abondante hydrorrhée faire son apparition et remplacer les hémorrhagies; en même temps le volume de son ventre, qui était énorme, a diminué. Nous ne pouvons interpréter l'apparition de l'hydrorrhée chez cette malade que par l'envahissement cancéreux du

corps de l'utérus. L'état du col, arrivé à la période d'ulcération, permet très bien cette supposition.

Le liquide perdu par cette malade a été examiné et dénoté comme il est indiqué dans l'étude du symptôme, des cellules cancéreuses et tous les caractères de l'hydrorrhée observés dans le cancer du corps utérin.

On pourra nous faire observer que les cellules cancéreuses dans le liquide de notre malade viennent du col utérin et que l'hydrorrhée peut être attribuée au fibrome du corps ou à l'épithélioma du col.

Mais alors pourquoi le fibrome d'une part, et l'épithéliome du col de l'autre, n'ont-ils pas donné lieu pendant leur longue évolution à de l'hydrorrhée?

C'est le fibrome arrivé à l'état d'ulcération, me dira-t-on, qui peut maintenant donner lieu à cet écoulement abondant. Mais dans ces cas, l'écoulement ne peut plus rester clair, limpide et inodore comme celui de l hydrorrhée, et le processus ulcératif doit lui imprimer nécessairement les caractères des écoulements provenant d'un organe en voie de destruction.

Quant à l'épithéliome localisé au col, nous le savons déjà (obs. V et XV), il ne produit pas cet écoulement aqueux; c'est le corps seul de l'utérus qui, lorsqu'il est le siège d'un commencement de la dégénérescence cancéreuse, donne lieu à l'hydrorrhée.

C'est par le progrès de l'ulcération seulement

que l'écoulement aqueux prend les caractères de l'ichor.

Maintenant que nous connaissons l'existence de l'hydrorrhée comme signes prémonitoires du cancer du corps de l'utérus, voyons si ce signe existe toujours au début, et quelles sont les circonstances qui font que l hydrorrhée soit précédée, accompagnée ou suivie par les métrorrhagies, les douleurs ou même l'ichor cancéreux.

Pour savoir si l'hydrorrhée est un signe constant dans le début du cancer du corps utérin, il aurait fallu revoir plusieurs observations, prises dès le début de cette affection, ce qui malheureusement est fort difficile, à cause de l'évolution longue et à peu près latente du cancer primitif dans le segment supérieur de l'utérus. Les femmes dans ces cas, ne se croyant pas malades, négligent leur hydrorrhée.

Ce n'est que plus tard, quand les accidents secondaires de cette affection les amènent à l'hôpital, que toutes celles qui présentent un cancer du corps de l'utérus ne manquent pas de signaler ces pertes aqueuses qu'elles avaient observées beaucoup de temps avant l'éclosion des symptômes habituels du cancer. Mais, d'après nos propres observations et d'après celles des divers auteurs, nous pouvons déjà conclure et dire :

1° L'hydrorrhée apparaît toujours seule et comme premier symptôme, quand la néoplasie cancéreuse a envahi primitivement et exclusivement le corps de l'utérus.

A l'appui de cette conclusion viennent les observations VI, VIII, XI, XIII et celle racontée dans notre préface. Toutes ces observations décrivant des cas de cancer primitif du corps de l'utérus, démontrent que pendant le cours de l'évolution néoplasique jusqu'à sa période d'ulcération, l'hydrorrhée a existé seule, et que sa transformation en un écoulement sanieux indiquait le début de la période ulcérative, où de l'envahissement du col ; les douleurs ou les hémorrhagies dans ce dernier cas font leur apparition.

2° L'hydrorrhée coïncide ou alterne avec les métrorrhagies, les douleurs et même avec l'écoulement d'ichor cancéreux, daus les cas où le col et le corps de l'utérus sont envahis simultanément par la néoplasie cancéreuse.

Chez la femme qui fait le sujet de l'observation XV et chez laquelle l'hydrorrhée alterne avec les métrorrhagies, le col extirpé de l'utérus nous montre à sa base de section que le tissu néoplasique dépasse les limites du segment inférieur pour se continuer jusque dans le segment supérieur de l'utérus, et que l'organe tout entier est envahi par la dégénérescence cancéreuse. L'observation XI confirme aussi notre opinion en ce qu'elle dénote une alternance des métrorrhagies avec l'hydrorrhée dans un cas de cancer de l'utérus. La production de l'hydrorrhée survenant ici, souvent par intermittence et à flot, est interprétée par Richet comme provenant de la cavité utérine où elle était retenue par un

bouchon obstruant l'orifice du col, ce qui prouve qne la cavité utérine est envahie anssi par la néoplasie trouvée snr le col seulement.

Les douleurs étant dnes à une destrnction des tissns ou compression des nerfs par la tumeur peuvent alterner aussi avec l'hydrorrhée, si l'ulcération dn col devance, comme cela a lieu généralement, celle du corps ntérin.

Les doulenrs accompagnent l'hydrorrhée également dans les cas où la tnmenr soit du col, soit du corps, par son volnme donne lieu à des compressions.

3° L'hydrorrhée est précédée par les hémorrhagies et les douleurs, dans les cas où la néoplasie a débuté par le col. L'ichor cancéreux ne précède l'apparition de l'hydrorrhée que lorsque l'nlcération du col a eu lieu avant l'envahissement du corps.

Chaque fois que la néoplasie cancéreuse débute par le col utérin, elle donne lieu à des hémorrhagies, à un écoulement leucorrhéique peu abondant et souvent à des douleurs. On comprend facilement que par le progrès de processus néoplasique, l'envahissement dn corps de l'utérns doive se faire et avec lni l'apparition de l'hydrorrhée, ce qui n'arrive généralement qu'à la période nlcérative de la lésion du col. Aussi, pour tous ceux qui n'étudient que le cancer dn col, l'hydrorrhéc ou écoulement aqueux n'apparaissant qu'en dernier lieu, est un signe de la période ulcérative du cancer utérin; Troussel, Mme Boivin, Dugès et autres sont ceux qui ont émis

cette dernière opinion. En reprenant ces observations, nous pouvons, d'après l'étude des phénomènes présentés par les malades, donner une autre interprétation au symptôme de l'hydrorrhée, en faire non pas un signe terminal du cancer du col, mais un symptôme indiquant l'envahissement du corps par le néoplasme venu du col utérin. Et, en effet, dans la forme indolente de la maladie, l'écoulement, dit Charles West, ne présente jamais le caractère purulent que l'on observe lorsque l'ulcération marche avec rapidité : il est habituellement aqueux, legèrement teinté de sang ou même transparent. C'est donc aussi à l'ulcération que cet auteur attribue les modifications de l'hydrorrhée; par conséquent, si cette dernière est transformée en ichor par le processus ulcératif, c'est que ce travail destructif, en fournissant les éléments de destruction, trouble l'écoulement et le reud fétide, de limpide et d'inodore qu'il était.

Mais tant que l'ulcération n'existe pas, l'hydrorrhée, comme cela se voit d'ailleurs dans tous les cas de cancer primitif du corps, l'hydrorrhée, disons-nous, conserve pendant longtemps ses caractères de limpidité et d'absence d'odeur, et reste le seul symptôme du cancer utérin pendant sa première période, jusqu'au moment où le col est envahi; alors les hémorrhagies et les douleurs apparaissent. Les hémorrhagies, les douleurs et même l'ichor précèdent au contraire de beaucoup l'hydrorrhée dans le cas où le corps est pris le dernier.

L'hydrorrhée dans tous les cas indique le début de la dégénérescence cancéreuse du corps utérin et ne survient qu'avec l'envahissement de ce dernier. *Elle est donc un symptôme prémonitoire pathognomonique du cancer du corps utérin.*

PRONOSTIC.

Le pronostic de l'hydrorrhée est bénin dans l'état de grossesse, grave quand celle-ci est symptomatique des lésions organiques de l'utérus. Dans ces derniers cas elle est grave :

1° Alors même que le col utérin ne présente aucune lésion anatomique, encore parce qu'elle annonce un cancer du corps de l'utérus.

2° Quand le col est déjà le siège du cancer, parce qu'elle indique l'envahissement du corps par la néoplasie.

3° Grave enfin, dans les cas de fibrome utérin, parce qu'elle annonce l'envahissement de ce dernier par la dégénerescence cancéreuse.

L'hydrorrhée est fâcheuse par elle-même à cause de l'énorme quantité d'albumine qu'elle enlève à l'organisme, ce qui devient une cause d'affaiblissement pour les malades.

TRAITEMENT.

Nous savons déjà combien l'hydrorrhée est une cause d'épuisement pour la malade, par suite de la grande quantité d'albumine que ce liquide enlève à l'organisme. Il est donc de toute urgence de combattre cette cause de débilité si l'on veut retarder l'arrivée de la cachexie cancéreuse et prolonger ainsi la vie des malades.

Pour atteindre ce but, il y a deux indications principales à remplir.

La première indication s'adresse à l'hydrorrhée en tant que symptôme.

La seconde, s'adressant à la cause, serait de prévenir ou d'entraver le developpement du néoplasme par des moyens que nous aurons à étudier plus loin.

Voyons d'abord quels sont les moyens qui ont été employés dans le premier but de ces deux indications.

Brachmann (observation I) a vu disparaître l'hydrométra sous l'influence des diurétiques (scille) et des purgatifs (rhubarbe). Courty a employé avec succès (obs. II) les injections intra-utérines avec le perchlorure de fer très étendu, et l'administration du seigle ergoté. Il obtint la guérison (dans l'observation que nous mentionnons), « sauf la persistance d'un certain degré d'hypertrophie excen-

trique de la matrice. » Cette hypertrophie persistante indique peut-être l'existence du néoplasme. En tout cas le but a été atteint, car l'hydrorrhée fût supprimée. Dans l'observation III nous voyons un cas d'hydrorrhée due à une môle charnue, qui fut arrêtée par l'administration du seigle ergoté et par les badigeonnages intra-utérins avec la teinture d'iode.

Nous pouvons donc conclure, d'après les résultats obtenus, que ces moyens déjà employés sont bons, et si nous avions une hydrorrhéique à soigner nous appliquerions volontiers le même traitement, avec cette différence cependant, que nous chercherions en même temps à remplir la seconde indication ci-dessus rappelée. C'est à-dire celle qui s'adresse à la cause du phénomène, qui se propose, en un mot de modifier favorablement l'état général et l'état local, dont l'aggravation, si rien ne l'entrave, mène rapidement à la cachexie.

La thérapeutique de l'affection cancéreuse a toujours poursuivi ce double but, dont :

Le premier, était d'agir directement sur le néoplasme par l'extirpation ou par des moyens topiques;

Le second, de réagir contre la cachexie menaçante par une médication reconstituante appropriée.

Avant la période actuelle du progrès de la chirurgie abdominale, on ne songeait qu'à des topiques modificateurs de l'état local et à des modificateurs

généraux de la lésion qui, pendant longtemps, ont joué seuls le plus grand rôle dans le traitement curatif du cancer. Ces prétendus spécifiques ayant été tentés ou vantés inutilement dans cette terrible affection, n'ont fait qu'amener le découragement chez le plus grand nombre de médecins ; aussi la plupart des praticiens, s'ils ne peuvent pas tenter un traitement chirurgical, se contentent-ils de s'adresser aux symptômes qui se manifestent pendant le cours du cancer utérin. Et nous voyons déjà Lebert, dans l'article Traitement du cancer de l'utérus, s'exprimer ainsi :

« Ce que nous avons dit sur le pronostic montre que nous ajoutons peu de prix aux prétendus spécifiques vantés pour prévenir ou guérir la maladie, ce qui ne nous empêche pas de passer les principaux en revue, pour que des praticiens qui auraient plus de confiance que nous puissent les soumettre à une nouvelle expérimentation. Du reste, si le doute est permis en science, la négation, lorsqu'elle n'est pas bien solidement fondée, a des conséquences plus fâcheuses encore que des assertions trop crédules, car celles-ci permettent au moins d'agir, tandis que la négation mal fondée ôte prématurément toute espérance. »

« Ces paroles, » dit Pichot, « seront restées d'autant plus vraies que l'on aura présent à l'esprit les deux signes pathognomoniques des tumeurs malignes : la destructivité et la reproductivité. »

Mais cette destructivité et par suite la reproduc-

tivité ne se font, que parce que le progrès de la lésion était déjà trop avancée lorsque l'on a institué un traitement qui, peut-être, aurait pu prévenir la formation ou arrêter, le progrès de la tumeur, s'il avait été institué à temps.

« La précision du diagnostic, et l'opportunité du traitement, dit Courty, sont les seuls garants du succès dans la pratique. » Cet axiome de Courty est d'autant plus encourageant qu'à son appui vient un cas de guérison du cancer du sein, observé par Busch. (Anatom. pathol. de Rindfleisch.)

En effet, Busch a observé pendant le cours d'un cancer du sein, survenir un érysipèle au même endroit, et qui, peu de temps après, a amené la guérison complète de la tumeur. Cet auteur explique la disparition du néoplasme par la résorption des éléments cancéreux qui, sous l'influence du travail inflammatoire érysipélateux, avaient subi une dégénérescence graisseuse. Donc tout médecin doit chercher pour instituer son traitement le moment opportun, c'est-à-dire ici le début de la maladie, et ce moment trouvé, on ne doit pas désespérer du succès quand on sait qu'un cas de guérison a été obtenu, et que, comme nous le verrons à propos du traitement curatif, plusieurs fois la tumeur a pu être arrêtée dans sa marche, ou que même sa récidivité a pu être prévenue après l'extirpation faite à temps.

Il faut donc chercher, non pas le remède spécifique dn cancer, mais un traitement capable d'ame-

ner une modification dans la tumeur, telle qu'elle puisse sinon en favoriser la résorption, mais du moins retarder le progrès de la lésion.

Dans ce traitement nous avons à remplir, nous le savons déjà, deux indications, dont l'une s'adresse à l'état local et l'autre à l'état général.

Les moyens qui s'adressent à l'état local sont :

1° L'extirpation de la tumeur ;

2° Les topiques modificateurs ;

3° Les modificateurs généraux de l'état local.

Les moyens s'adressant à l'état général et destinés à agir contre la cachexie menaçante sont :

1° Une médication reconstituante appropriée ;

2° Une bonne hygiène.

Parmi les moyens curatifs de la tumeur, l'extirpation est celui qui donnerait les meilleurs résultats curatifs, si la place qu'occupe l'utérus dans le petit bassin n'offrait pas tant de gravité et de difficulté à l'opération.

Ce mode de traitement, malgré les nombreux insuccès, a compté et compte encore un certain nombre de partisans.

Dupuytren et Lisfranc, qui pratiquaient si facilement l'ablation du col, avaient essayé d'appliquer l'opération aux cas où le cancer avait envahi la portion supra-vaginale du col, et à cet effet employé l'excision conoïde.

Un dernier pas restait à franchir, et l'on arriva ainsi naturellement à l'extirpation de l'utérus dans sa totalité.

Déjà des tentatives de ce genre avaient été faites à l'étranger, et après les succès obtenus par Sauter et autres, cette opération ne tarda pas à entrer en France. Elle fut reçue avec enthousiasme par un certain nombre de chirurgiens; mais bientôt après, découragés par le grand nombre d'insuccès, presque tous l'abandonnèrent.

Aujourd'hui, la plupart des chirurgiens considèrent comme blâmables des tentatives aussi téméraires que celles de l'extirpation totale de l'utérus et les rejettent absolument.

A l'étranger, il reste cependant encore un certain nombre de partisans de cette opération. En Angleterre, par exemple, et en Amérique, où les chirurgiens ont la réputation d'être hardis, nous voyons Alexandre et Hayem, qui considèrent cette opération comme la seule rationnelle et seule capable de succès, et enfin, Massari, de Vienne, Fränkel, de Berlin, et Hegar, de Fribourg, conservent toujours un enthousiasme sans borne pour cette nouvelle méthode.

Pour nous, sans rejeter cette opération, et sans nous en enthousiasmer non plus, elle nous semble presque impossible à pratiquer tout au début, à la première période de la maladie lorsqu'elle serait le mieux indiquée dans le but du traitement curatif.

Mais tout au début de la maladie, alors que l'apparition de l'hydrorrhée et la présence des cellules cancéreuses dans ce liquide seules permettront au médecin de confirmer l'existence d'un cancer du

corps utérin, alors qu'aucun autre symptôme du cancer ne vient incommoder la malade, et que son état général est excellent, serait-il possible au médecin de décider une femme à s'exposer à une opération si dangereuse et aussi meurtrière, quand elle ne se sent pas malade? Difficilement sans doute! Et nous croyons même que la plupart des praticiens prudents, plutôt que d'exposer la vie d'une femme bien portante en apparence, préféreront de lui laisser la chance de vivre quelques annés de plus; d'autant plus qu'il lui sera impossible de reconnaître l'extension aux lymphatiques et aux organes voisins de ces tumeurs à marche sourde et qui ne donnent lieu à aucune autre réaction, qu'à celle de l'hydrorrhée, qui comme nous l'avons vu, peut exister un à huit ans avant l'éclosion des symptômes dns à la deuxième période du cancer utérin. (L'observation XII prouve que l'hydrorrhée avait existé deux ans et l'observation XI huit ans avant l'arrivée des douleurs et des hémorrhagies utérines.)

Dans la première période du cancer du corps de l'utérus, l'extirpation totale de cet organe sera, pour les raisons précitées, sinon impossible, du moins difficilement applicable.

Quant à la deuxième période de la néoplasie cancéreuse, alors que l'apparition de tout le cortège de la cachexie ne permet plus le doute sur l'existence du mal, alors que les malades se laissent facilement influencer par les conseils du médecin, alors que, fatiguées de leurs souffrances, elles viennent d'elles-

mêmes vous supplier de les guérir ou de les tuer, c'est le tour du médecin de s'y opposer; car c'est lui seulement qui connaît toutes les contre-indications formelles d'une pareille opération dans la dernière période du cancer du corps de l'utérus.

L'extirpation totale de l'utérus à la deuxième période du cancer (lorsque, d'ailleurs, il n'existe plus d'hydrorrhée), doit être, en effet, rejetée de la pratique chirurgicale, parce que, dans ces cas, les adhérences de l'utérus avec les organes voisins sont une cause de difficulté et de gravité pour l'opération, parce que l'existence de l'envahissement des organes des ganglions et des lymphatiques environnants doit être supposée à cette deuxième période, et que cet envahissement est une source certaine de la récidivité des tumeurs; parce que, en un mot, l'économie tout entière est infectée par l'élément cancéreux et que la faiblesse générale de l'état est amenée par le progrès de la néoplasie, il ne faudrait plus surajouter une autre, celle produite par les suites de l'opération; enfin elle doit être formellement rejetée, comme le dit fort bien Pichot : « parce que les chances d'une guérison qui dure quelques mois aux dépens d'une des plus terribles opérations ne valent pas la certitude de la vie pendant le même temps sans courir de risques. »

Des chirurgiens moins audacieux que ceux qui ont proposé l'extirpation totale de l'utérus conseillent l'excision partielle, le raclage ou la destruction au fer rouge de fongosités ou végétations épithé-

liales de la cavité utérine; mais ces tentatives aussi n'ont que fort peu de partisans, à cause des dangers imminents auxquels elles donnent naissance. On sait, en effet, combien le tissu utérin est friable et susceptible d'inflammation, quand il est atteint de la dégénérescence cancéreuse; dans ces cas, le chirurgien le plus habile et la main la plus exercée pourra produire, par l'instrument introduit dans la cavité utérine, une perforation, et provoquer par suite l'apparition des terribles accidents d'une péritonite mortelle.

Ces opérations dangereuses et insuffisantes sont donc aussi à rejeter. Il ne nous reste plus maintenant, comme traitement de l'état local, que l'application des topiques modificateurs et des modificateurs généraux de l'état local.

Parmi les premiers de ces modificateurs, nous avons des foudants, des injections résolutives intra-utérines et des caustiques.

La ciguë, les mercuriaux, les préparations iodées, arsenicales ou ferrugineuses, comme fondants, n'ont été essayés que dans les cas de cancer du col; dans le cancer du corps utérin, ce sont plutôt les injections résolutives et les caustiques qui ont été employés. Les substances les plus employées en injections intra-utérines sont le perchlorure de fer, autant dans le but d'arrêter, soit les hémorrhagies, soit les pertes d'eau, que dans celui de modifier favorablement la muqueuse utérine; la teinture d'iode est souvent employée comme résolutif, et enfin le

collyre cathérétique de Lanfranc a été souvent employé avec succès par Courty. La formule de ce collyre est la suivante :

Orpiment	15 grammes.	
Verdet	10	—
Myrrhe	} ãã 5	—
Aloès		
Eau de roses et de plantin	ãã 190	—
Vin blanc	1000	—

Parmi les caustiques employés dans le but toujours de modifier le tissu utérin : le chlorure de zinc, le nitrate d'argent, l'acide chromique appliqués dans la cavité utérine sont restés sans succès, il n'y a que la poudre arsenicale du frère Côme qui a donné quelques bons résultats entre les mains de Courty, qui lui-même ne l'emploie qu'avec grande prudence.

Quant aux modificateurs généraux de l'état local, ceux qui ont joui de plus de réputation, ce sont : les *arsenicaux* qui, nous le verrons plus loin, présentent l'avantage de remplir plusieurs indications à la fois; les *iodures*, dont l'action résolutive est si vantée; les *préparations d'or;* les *mercuriaux* et tant d'autres qui sont toujours restés sans succès. Les *saignées* locales enfin (sangsues) trouvent leurs indications aussi à la première période du cancer primitif du corps utérin.

De tous les topiques employés jusqu'ici nous donnerions volontiers la préférence aux préparations arsenicales, à cause de la confiance que nous inspirent les succès obtenus par Courty, de Montpellier,

et à cause des avantages que nous offre l'arsenic sur les autres substances médicamenteuses. En effet, l'arsenic remplit plusieurs indications à la fois :

Premièrement, celle qui s'adresse à l'état local, soit directement (comme topique), soit indirectement (comme modificateur général de l'état local).

Deuxièmement, celle qui s'adresse à l'état général de la malade (comme reconstituant).

Troisièmement enfin, celle de s'adresser à la cause de la diathèse elle-même, c'est-à-dire à l'élément artritique ou herpétique, car nous connaissons le rôle important que fait jouer M. le professeur Verneuil et l'école de Montpellier à ces diathèses dans l'étiologie du cancer.

L'arsenic présente encore cet avantage sur les autres topiques employés que, donné surtout sous forme de collyre cathérétique de Lanfranc en injection intra-utérine, il ne produit pas d'eschares comme les autres caustiques énergiques, eschares qui se cicatriseraient d'autant plus difficilement que l'utérus est déjà assez disposé à l'ulcération, il modifie ainsi les tissus à la longue, lentement, mais sûrement, et favorise la cicatrisation des points détruits par l'ulcération néoplasique. Nous préférons l'arsenic sous forme de liqueur, parce que celle-ci s'étend sur toute la surface de la cavité utérine, parce qu'elle est plus facilement absorbée et ne présente pas l'inconvénient de la poudre arsenicale, qui peut s'accumuler dans un seul endroit et produire ainsi de profondes eschares, ou la destruc-

tion, ce qui n'est pas notre but, dans cette première période du néoplasme.

Quant aux modifications générales ou locales, c'est encore à l'arsenic que nous aurons recours, et toujours à cause des indications multiples qu'il remplit dans le traitement qui nous occupe ; et nous le conseillerons ici, administré sous forme de liqueur de Fowler, de pilules asiatiques ou d'eau minérale (Bourboule par exemple). Les badigeonnages de teinture d'iode sur l'hypogastre seraient aussi très recommandables dans ces cas, parce qu'elle aussi remplit deux indications à la fois ; celle de révulsif d'abord, pour décongestionner plus ou moins les organes pelviens ; et celle de résolutif des ganglions et des lymphatiques engorgés dans le voisinage de la tumeur.

Nous arrivons enfin au traitement de l'état général, à celui qui se propose d'entretenir les forces de la malade, de fortifier son terrain, de préparer en un mot l'organisme à la lutte, qui ne tardera pas à s'engager entre lui et la maladie, et d'empêcher par cela même le progrès de la néoplasie.

Nous savons déjà en quoi consiste ce traitement. Une médication reconstituante et une hygiène appropriée, voilà ce qui complétera le traitement de la maladie qui nous occupe.

Dans la médication reconstituante, nous ne pouvons choisir rien de meilleur que l'arsenic, toujours à cause des indications nombreuses qu'il remplit à la fois, et pour la raison aussi, qu'il occupe la

première place parmi les reconstituants. Nous le donnerions volontiers sous la forme ci-dessns indiquée.

L'hydrothérapie sous forme de douches générales trouvera ici une application utile.

L'hydrothérapie, on le sait, en agissant comme révulsif, a pour effet d'activer la circulation périphérique, ce qui tonifie d'un côté tout l'organisme, et distrait de l'autre côté plus ou moins le flux sanguin qui nécessairement doit s'effectuer plus activement du côté de la tumeur : elle établit, pour ainsi dire, un équilibre entre la circulation périphérique cutanée, et la circulation centrale des organes envahis par la néoplasie. Tant que cet équilibre est maintenu, l'afflux sanguin, qui avant se faisait du côté des organes malades avec facilité, trouve maintenant un obstacle et diminue, et avec lui diminue aussi les éléments servant de nourriture à la tnmeur qu'il faut, au contraire, laisser mourir de faim, si j'ose employer cette expression. C'est ainsi que l'hydrothérapie, de conconrs avec les autres moyens de traitement curatifs ou palliatifs, pourra sinon faire disparaître la tumeur, mais du moins la maintenir dans nn état latent.

Pour finir avec le traitement il nous reste à dire quelques mots sur l'hygiène qui conviendrait dans ces cas.

Le régime alimentaire avant tont a tonjours et à toutes les époques préoccupé le plus les médecins. Et tandis que les uns recommandaient un régime

végétal exclusif, d'autres conseillaient un régime lacté pur. Barns est allé jusque-là même, à conseiller aux cancéreux de faire la diète et de ne manger que très peu, parce que, prétendait-il, leur nourriture servira à l'accroissement de la tumeur. Ce conseil est absolument blâmable et à rejeter, à cause de l'affaiblissement dans lequel les malades sont exposés à tomber. Et nous croyons avec Lebert et autres qu'un régime alimentaire mixte et varié, de sorte à maintenir et l'appétit et la nutrition des malades, est celui qui doit être le plus recommandé dans le but que nous cherchons à obtenir. Le lait, surtout en grande quantité, est excellent, à cause de ses qualités d'aliment complet et léger, et de ses qualités diurétiques et sédatives.

Les toniques, les amers sont aussi fort bien indiqués. Les substances épicées et excitantes, bien entendu, doivent être exclues de la nourriture.

Enfin, un exercice modéré en plein air (le séjour à la campagne serait préférable), une vie calme et régulière, la suppression, en un mot, de toutes les causes d'agitation et d'excitation sont indispensables.

En résumé, le traitement de l'hydrorrhée consiste en injections intra-utérines, astringentes de perchlorure de fer très dilué (1) ; en administration de seigle ergoté (2) et des diurétiques jusqu'à la suppression du flux hydrorrhéique.

(1) Le perchlorure de fer au 60°; une seringue de Pravaz par jour jusqu'à cessation de l'hydrorrhée.
(2) On donnera 50 à 60 centigr. d'ergot de seigle par jour.

L'hydrorrhée arrêtée, il faut chercher à prévenir sa reproduction, but que l'on atteint en modifiant la tumeur par des injections intra-utérines avec le collyre cathérétique de Lanfranc (une ou cinq de ces injections, suivant la tolérance des malades, suffiront par mois. Les injections doivent être précédées du nettoyage de la cavité utérine, et les doses employées ne dépasseront pas une seringue de Pravaz au commencement); par les badigeonnages de teinture d'iode et par l'administration de l'arsenic à l'intérieur sous quelque forme qu'il soit.

Enfin le traitement général de son côté, par les reconstituants, le régime tonique, etc., agira indirectement contre la cause de l'hydrorrhée.

OBSERVATIONS

Observation I.

Un cas d'hydrorrhée périodique, publié par Brachmann, dans Schmidt's Jahrbücher, vol. XXVI, p. 50, 1840.

(Traduction littérale.)

Une femme, âgée de 62 ans, grande, forte et se portant toujours bien, autant comme enfant que plus tard comme mère de famille.

Elle a eu 6 enfants, toujours heureusement accouchée, jamais de mauvaises suites de couches. Elle a cessé de voir ses règles depuis l'âge de 52 ans, et traversa cette époque de la ménopause sans présenter la moindre altération du côté de sa santé.

Il y a six ans, depuis que la patiente mène une vie sédentaire, elle commence à se plaindre de vertiges, de céphalalgies fréquentes, d'insomnies, de dyspnée, de vomissements glaireux, mais surtout d'une difficulté périodique de la miction et de la défécation. En même temps, la moitié inférieure du corps s'œdématie; cette œdème disparaît en même temps que les troubles de la miction et de la défécation. La patiente se soigne, va presque tous les étés faire une cure d'eaux minérales bicarbonatées. Elle se fait saigner deux, trois fois par an, elle prend de temps en temps des purgatis, et s'en trouve assez bien.

Lorsqu'au mois de février 1836, toute la partie inférieure de son corps commeuce de nouveau à s'œdématier, et cette fois-ci l'œdème est plus intense et sa marche plus rapide qu'autrefois.

Les rétentions d'urine deviennent maintenant sérieuses, il s'établit de la fièvre, et toutes les manifestations morbides prennent maintenant un caractère inquiétant.

Lorsqu'on examine la malade en la plaçant dans la position horizontale, on trouve une incontestable hydropisie de la

matrice (hydrométra), qui présentait le même volume que dans le septième mois de grossesse. Cette tumeur n'avait pas une consistance uniforme, elle présentait des bosselures séparées par des points fluctuants.

On donne à la malade des pilules composées de scille et de rhubarbe, et des frictions avec des liniments volatils sur l'abdomen; sous l'influence de ce traitement, les urines augmentèrent considérablement, et la circonférence de l'abdomen diminua.

Au commencement du mois de novembre 1836, la patiente fut prise de vomissements très forts, desquels on ne se rendit maître que par l'administration de petites doses souvent répétées de vin de Champagne; mais plus tard ces vomissements devinrent tellement fréquents et forts que tout l'organisme de la pauvre femme s'en ressentit; elle dépérissait de jour en jour, et enfin, le 25 novembre, elle mourut.

A l'autopsie, après l'ouverture de la paroi abdominale qui était considérablement distendue, il s'est échappé une énorme tumeur, qui n'était autre chose que l'utérus complètement défiguré par la dégénérescence carcinomateuse.

La surface de l'utérus était recouverte d'énormes bosselures du volume d'un œuf de pigeon à celui d'un œuf de poule; ces bosselures étaient d'une coloration brune. L'épaisseur des parois de l'organe était très considérable.

Il s'échappa à l'ouverture de l'utérus environ cinq verres d'un liquide aqueux légèrement jaunâtre et d'une odeur nauséabonde. Le tissu utérin était complètement lardacé, de même que la paroi vaginale. L'orifice utérin interne était fermé, sa paroi interne était rouge et luisante. Les trompes de Fallope et les deux ovaires étaient totalement transformés en tissu lardacé, mêlé de petits foyers de dégénérescence cartilagineuse et graisseuse. Dans les autres viscères abdominaux on ne trouve aucune altération pathologique.

Observation II.

Hydrométrie et hydrorrhée alternant avec des ménorrhagies. (Courty, p. 961, 1881.)

Le premier exemple de cette maladie m'a été offert par une dame de 40 ans, atteinte de pertes de sang menstruelles con-

sidérable, tantôt tous les deux ou trois mois, avec des irrégularites symptomatiques des approches de la ménopause; ces pertes étaient suivies d'une cessation absolue de tout écoulement pendant huit jours, et quelquefois deux ou trois semaines. Pendant ce temps, l'utérus éprouvait une tuméfaction considérable, souvent très douloureuse. Puis tout d'un coup survenait l'écoulement d'un liquide séro-muqueux en quantité considérable (un ou deux verres), se reproduisant pendant plus ou moins de temps avec des intermittences variant de quelques heures à quelques jours et très fatigantes pour la malade, que les métrorrhagies jetaient dans un affaiblissement croissant. Le cathéter utérin pénétrait jusqu'à 18 centimètres, pouvait tourner en tous sens, ne causant ni douleur ni hémorrhagie. Le liquide excrété était transparent, séro-muqueux, légèrement alcalin, présentant des corpuscules d'épithélium nucléaire, et des cellules épithéliales cylindriques et vibratiles en très petite quantité. Des injections intra-utérines avec le perchlorure de fer très étendu, l'administration du seigle ergoté, et quelques médicaments adjuvants de ces deux moyens principaux amenèrent la guérison, sauf la persistance d'un certain degré d'hypertrophie concentrique de la matrice.

Observation III.

Depuis lors j'ai vu trois autres cas analogues : deux chez des femmes approchant de la ménopause et consistant en des pertes liquides séro-muqueuses se reproduisant à peu près tous les deux ou trois mois après les menstrues qui venaient irrégulièrement, et prenaient souvent le caractère ménorrhagique. La quantité du liquide rendu était de un à deux verres, puis l'écoulement se continuait quelquefois pendant plus de vingt-cinq jours, tous les jours, tous les deux ou trois jours, d'une manière assez irrégulière. Elles furent guéries par le même traitement que la malade qui fait le sujet de la première observation, à cette différence pres que je traitai la seconde topiquement par la teinture d'iode, au lieu de perchlorure de fer, dans la cavité utérine.

La troisième malade était une jeune femme de 25 ans, qui avait rendu une môle charnue, paraissant être une hyper-

trophie de quelques cotylédons placentaires avec un reste de chorion, formaient une cavité contenant deux ou trois cuillerées de sérosité sanguinolente, cinq ou six mois après un avortement depuis lequel elle n'avait cessé d'avoir des hémorrhagies. Quinze jours après un rétablissement apparent, elle sembla redevenir grosse, l'hypogastre se tuméfia, les règles ne vinrent pas à leur époque, et au second mois environ où elles auraient dû venir, après des tranchées qui durérent quelques heures, la malade rendit deux verres de sérosité épaisse, gluante, mais assez transparente, qui continua à s'écouler tous les jours avec des alternatives d'augmentation et de diminution.

La santé générale se rétablit, les règles revinrent.

Je ne constatai aucune fongosité, ni rien d'anormal dans l'utérus, sinon l'*augmentation* du volume.

Je dilatai le col et provoquai les contractions du corps par des tentes d'éponges préparées. Je fis plusieurs badigeons à la teinture d'iode, enfin, avec le pinceau roulé dans la poudre de nitrate d'argent, et porté au fond de l'utérus. Je donnai du seigle ergoté, et j'obtins le rétablissement de cette femme, qui, quelque temps après, eut une heureuse grossesse, heureusement terminée.

Observation IV.

(Observation extraite de Simpson, p. 722).

Le premier exemple de ce genre que j'eus occasion de voir fut celui d'une dame non mariée, sœur d'un médecin anglais distingué. Pendant bien des mois elle avait eu une *perte continue et abondante d'un liquide aqueux*, avec des légères hémorrhagies et un amaigrissement graduel; mais il n'y avait aucune douleur pelvienne. Elle fut quelque temps soignée par un praticien estimé de son père, et une grande variété de remèdes furent employés par lui pour arrêter le flux séreux. Les applications furent faites à la surface du vagin et du col de l'uterus, mais sans aucun effet sur l'abondance de la secretion morbide. Quand je vis la patiente avec son médecin et ses parents, comme il n'y avait en apparence

aucun état maladif du canal vaginal ou du col de la matrice je suggérai l'idée d'introduire une tente éponge dans l'orifice utérin, à l'effet de fermer pendant quelque temps cette ouverture, et de constater ainsi, si *l'abondante sécrétion aqueuse ne procédait pas de la cavité de l'utérus lui-même*. Aussi longtemps que la tente demeura dans l'orifice de la matrice, l'écoulement cessa, phénomène non observé depuis bien longtemps, et quand on la retira il s'échappa un flot copieux du liquide clair caractéristique. Il était ainsi prouvé que lasource était en quelques points de l'intérieur de la cavité utérine. En dilatant l'orifice et le col plus complètement, avec des tentes-éponges, nous pûmes atteindre le bord d'une grosse excroissance tuberculeuse paraissant fixée par une large base. De petits fragments granuleux en furent aisément détachés avec le doigt et l'ongle. Il nous sembla à tous que c'était une production carcinomateuse en forme de chou-fleur, sessile, croissant dans la cavité de l'utérus. La perte continua et s'accrut; la patiente à la fin succomba à la marche ordinaire du cancer au bout de dix-huit mois.

Observation V (1).

Peu de temps après je fus appelé dans le Highlands pour voir, une semaine ou deux avant sa mort, une patiente qui avait longtemps présenté le même genre d'écoulement aqueux abondant; mais chez elle la maladie était beaucoup plus avancée. L'orifice utérin avait la largeur d'une pièce de deux schillings; il était rond, ses lèvres minces comme l'orifice utérin dans le premier temps d'un accouchement naturel. Cependant, il sortait par son ouverture non une partie d'œuf ou de fœtus, mais une masse rugueuse, irrégulière, granuleuse, d'un tissu friable et très facile à déchirer. Elle saigna abondamment quand on la toucha. En passant le doigt au-dessus de l'orifice dilaté et dans son intérieur, l'on vit que le tissu fongueux saillant hors de l'ouverture utérine, naissait pour ainsi-dire de l'intérieur du col et était fixé à son pourtour à une hauteur variant de quelques millimètres à deux ou trois centimètres. Au centre de l'excroissance se trouvait une

(1) Simpson, p. 723.

ouverture conduisant, comme le montre la sonde utérine dans la cavité de l'utérus. L'organe lui-même était volumineux, et son fond s'élevait à la moitié de la distance entre le pubis et l'ombilic. Tout son intérieur semblait rempli par une masse de cancer épithélial. Cette femme avait environ 33 ans. Elle avait été longtemps mariée sans avoir d'enfants.

Observation VI.

Cancer du corps de l'utérus (1).

J'ai vu dernièrement une malade de 40 ans, n'ayant jamais fait d'enfant, offrant les symptômes généraux du cancer utérin, et chez laquelle deux médecins n'avaient pu, malgré l'exploration directe, déterminer la nature de la maladie, ni même reconnaître d'altération notable dans la matrice. Ayant pratiqué le toucher, je ne tardai pas à constater une sensibilité anormale, une tuméfaction marquée de l'utérus à travers la paroi vaginale antérieure, et sur le col, fortement porté en arrière, une augmentation de volume, un ramollissement et un commencement de dilatation permettant l'introduction de la première phalange, circonstance bien extraordinaire chez une multipare. La perte roussâtre, *quoique séreuse et très abondante, n'avait pas d'odeur*. Mais le cathéter utérin pénétra jusqu'à 9 et 10 centimètres de profondeur, se laissant mouvoir et tourner en tous sens. Le col dilaté suffisamment en trois jours, par l'introduction quotidienne d'un cône d'éponge préparée, permit l'exploration à l'aide du doigt indicateur, qui fit reconnaître aussitôt dans toute la cavité utérine une surface bosselée, inégale, végétante, dure, friable, saignant facilement et qui en rapporta un ichor mêlé de détritus; une pince à polypes, conduite sur le doigt indicateur, put saisir et arracher une des excroissances; le microscope démontra qu'elle était constituée par un amas de cellules cancéreuses.

(1) Courty, 1872. Paris, p. 1014.

Observation VII.

Hydropisie de l'utérus suivie de l'ulcération cancéreuse du col de ce viscère.

(Boivin et Dugès, p. 124, vol. II.)

Madame Ad..., âgée de 42 ans, retirée du commerce, avait eu plusieurs enfants. Elle eut de 38 à 40 ans, deux grossesses dont elle avorta, pour l'une à trois mois, pour l'autre à six semaines. Depuis la dernière, les règles devinrent très abondantes; bientôt la perte de sang devint continuelle. Cependant le ventre se dévéloppa au point de faire croire à une nouvelle grossesse, quoique la perte sanguine dût en éloigner toute idée. Les membres abdominaux s'infiltrèrent et acquirent un volume considérable. Toute languissante qu'elle était, la malade ne se plaignait que d'une douleur dans la région hypogastrique. Cet état durait déjà depuis un an, lorsqu'il se fit tout à coup *une effusion abondante de fluide séreux par le vagin. La malade en fut inondée : un écoulement de même nature continua ainsi par flots pendant six mois.*

Dans l'intervalle, la malade rendit quelques caillots de sang; les membres se désenflèrent; mais les douleurs de la région utérine devinrent plus vives et même insupportables; plusieurs médecins furent appelés successivement. L'écoulement continuait toujours; il survint de la fièvre; le sommeil, l'appétit, les forces se perdirent, et Madame Ad... était tombée dans un état d'émaciation complète, lorsqu'elle vint chercher des secours à la Maison de Santé (juillet 1822).

Le toucher nous fit reconnaître un vaste cancer du col de l'utérus et du vagin. L'état de destruction des parties génitales joint à l'état d'épuisement général, ne laissant aucun espoir d'amélioration, et la malade s'ennuyant de ne point éprouver de mieux-être, on ne fit aucune difficulté de la laisser retourner à son domicile. Cette hydropisie est attribuée par Mme Boivin à une grossesse hydatique, tandis que Dugès l'attribue plutôt à un ulcère cancéreux *primitivement développé à l'intérieur de l'utérus*, il y a eu production par exhalation d'une grande quantité de fluide, rétention de ce

fluide par le gonflement, l'obstruction du col, et enfin éjaculation brusque d'abord, puis lente et continue, dès que le museau de tanche eut été corrodé, détruit par les progrès de l'ulcération.

Observation VIII.

Un cas de cancer du corps de l'utérus pris pour d'autres affections utérines.

(Emprunté à l'ouvrage de Gallard, p. 946.)

Une femme âgée de 39 ans, qui s'était bien portée jusqu'en 1871. A cette époque, elle ressentit pour la première fois et sans cause appréciable, des douleurs abdominales assez vives. En même temps, elle vit son appétit diminuer peu à peu. Les règles étaient encore normales et il n'existait aucun écoulement par le vagin. C'est en 1872 qu'elle vit apparaître pour la première fois un écoulement leucorrhéique *assez abondant, séreux et sans odeur*, qui fut suivi par la production de métrorrhagies abondantes et répétées. Elle se décida, dès lors, à entrer à l'hôpital et fit un séjour de sept à huit mois dans le service de M. Lasègue. Je ne sais quel fut le diagnostic porté à cette époque.

Au mois d'août de la même année, il y eut comme une recrudescence dans les symptômes, et au mois de février 1873, la malade dut retourner de nouveau à l'hôpital de la Pitié; elle fut reçue à la salle du Rosaire.

Pâle et très anémiée, elle présentait alors une maigreur extrême. L'inappétence était complète et le sommeil rendu presque impossible par l'existence de douleurs abdominales excessives. Ces douleurs très vives, spontanément, étaient exagérées par la pression, surtout au niveau de la fosse iliaque gauche. Elles venaient principalement le soir et arrachaient des cris à la malade. Il y avait une constipation très rebelle.

La palpation abdominale ne donnait que peu de renseignements. L'abdomen offrait partout une grande souplesse. à peine trouvait-on en arrière du pubis une sensation de résistance mal définie. En revanche, le toucher vaginal fournissait, dès ce moment, des renseignements plus importants.

L'utérus, manifestement augmenté de volume, était en

antéversion. Le col, parfaitement sain, légèrement entr'ouvert, regardait directement en arrière et se continuait en avant avec une tumeur pyriforme, cachée derrière le pubis, douloureuse à la pression, et qui n'était autre que le corps de l'utérus.

L'utérus n'était pas enclavé et n'avait rien perdu de sa mobilité normale. L'écoulement continua, assez abondant, alternativement séreux et sanguinolent, présentait maintenant une odeur fort désagréable, mais ne rappelant en rien l'odeur fétide spéciale au cancer.

En présence de cet ensemble symptomatique dont les principaux détails étaient fournis par M. Raymond, on porta le diagnostic : corps fibreux interstitiels de l'utérus avec névromes périphériques, et le traitement fut institué en conséquence (vésicatoire, bromure de potassium et injections sous-cutanées de morphine).

Au mois de mai l'état de la malade n'avait qu'empiré et, malgré des doses considérables (3 centigrammes) de morphine injectée chaque jour sous la peau, les exacerbations douloureuses, avec irradiation lombaire et sacrée, étaient devenues si intolérables qu'elles avaient provoqué des idées de suicide de la part de la malade et nécessité une surveillance fort attentive autour d'elle.

Deux chirurgiens de l'hôpital qui virent successivement cette femme, le 7 mai et le 17 octobre, admirent l'hypothèse l'un d'une métrite chronique avec antéflexion compliquée, névralgie lombo-abdominale ; l'autre, de corps fibreux interstitiels ; mais celui-ci, frappé de l'odeur fétide que l'écoulement avait pris depuis quelque temps, admit qu'il pouvait y avoir en même temps une *affection cancéreuse concomitante, greffée sur un vieux fibrome*.

C'est le 25 décembre seulement que je pus, à mon tour, examiner la malade. L'utérus manifestement augmenté de volume, lourd, était couché en antéversion. L'enclavement de l'organe était relativement peu marqué. Le corps était douloureux à la pression, mais à la surface on ne percevait aucune bosselure. Le *col, absolument sain* et dirigé en arrière, admettait l'extrémité du doigt. L'écoulement vaginal présentait alors une odeur tout à fait caractéristique et je n'hé-

sitais pas à porter le diagnostic : cancer de la cavité du corps de l'utérus.

L'autopsie pratiquée vers la fin du mois de mai a justifié ce diagnostic.

L'utérus volumineux et lourd, fortement incliné en avant, ne présentait extérieurement aucune lésion appréciable; on voyait seulement çà et là quelques adhérences péritonéales.

Le col était parfaitement sain, le corps seul était envahi par la production pathologique. On trouvait dans sa cavité des masses mamelonnées, les unes d'un rouge livide; les autres ayant un aspect grisâtre dû à la présence d'un enduit pultacé comme celui que l'on rencontre souvent à la surface des ulcérations couenneuses végétantes du museau de tanche. L'ulcération existant à la surface de ces petites masses bourgeonnantes se plongeait dans les intervalles qui les séparaient et pénétrait plus ou moins profondément dans l'épaisseur de la muqueuse utérine. L'examen microscopique, pratiqué par M. de Sinety, démontra qu'il s'agissait d'un épithelioma pavimenteux lobulé de la muqueuse du corps. Celle-ci, partout détruite, était remplacée par des masses de cellules embryonnaires, entourées de cellules épidermiques volumineuses, contenant un gros noyau. Les fibres musculaires voisines de la muqueuse n'étaient pas altérées, mais séparées, dissociées, elles circonscrivaient des lacunes bourrées de cellules embryonnaires.

Observation IX.

Épithélioma à cellules cylindriques pris pour un polype, et inséré sur le fond de la cavité de l'utérus (1).

La nommée Stref. (Catherine), âgée de 44 ans, brassière, est entrée le 28 novembre 1866 à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le professeur Richet, et couchée au lit nº 10, de la salle Saint-Augustin. A son arrivée, cette femme présente tous les caractères de l'anémie la plus profonde : décoloration complète des tissus, souffles vasculaires ou non, souffle cardiaque, céphalalgie presque continuelle, affaiblissement notable de la vue, qui ne lui permet plus de travailler,

(1) Thèse de Montfumat. Paris, 1867, p. 83.

dyspnée, palpitation, dyspepsie. Elle est atteinte d'une métrorrhagie qui dure depuis très longtemps.

Voici quels sont ses antécédents : Ses règles ont presque toujours été régulières, abondantes, les époques rapprochées. Elle a eu cinq enfants et fait une fausse couche. Les cinq accouchements ont été faciles, la fausse couche ne peut être rattachée à aucune cause évidente. Une hémorrhagie utérine a suivi sa dernière couche et n'a cessé qu'au bout de quatre semaines pour reparaître quinze ou vingt jours après. A partir de cette époque, qui date de huit ans, pertes à peu près continuelles, tantôt faibles, tantôt fortes, et dans les intervalles des pertes, écoulements jaunâtres, parfois *clairs comme de l'eau*. Douleurs légères dans les reins, les aines et le haut des cuisses. Quelques troubles du côté de la miction, mais rares et consistant surtout dans les besoins fréquents d'uriner. Pas de constipation. Traitée il y a un an à l'hôpital Saint-Louis, pour la même maladie, l'hémorrhagie n'a pas résisté à l'emploi des hémostatiques, mais a reparu deux mois après sa sortie de l'hôpital, pour ne plus la quitter. Rien dans ses antécédents héréditaires n'indique l'existence de la diathèse cancéreuse. Elle a des tumeurs hémorrhoïdales. Actuellement, la métrorrhagie est faible, sa gravité ne vient que de sa continuité et de l'état profondément anémique de la malade. L'utérus est un peu plus développé qu'à l'état normal, il est également un peu plus pesant, mais ces signes pourraient facilement échapper, si l'on n'était prévenu. Le col dilaté permet l'introduction du doigt jusque dans la cavité utérine où l'on rencontre une masse arrondie, de la grosseur d'un œuf de poule, mollasse, se laissant un peu déprimer.

Quand on cherche le point d'implantation de cette tumeur, il est difficile de lui circonscrire un pédicule ; on trouve bien une sorte d'étranglement de la production morbide qui va s'insérer sur le fond de l'utérus, mais le doigt en essayant de tourner tout autour, n'a pas la sensation d'un pédicule aussi net que s'il s'agissait d'un polype fibreux.

Le 5e jour de son entrée à l'hôpital, on ne pouvait plus songer à continuer l'emploi des hémostatiques ; la malade était dans un tel état d'affaiblissement (elle était presque exsangue) que l'opération seule pouvait la sauver.

M. Richet fit donc tout préparer pour l'ablation de la tumeur. Des pinces de Museux furent introduites et fixées sur elle, mais à la plus faible traction son tissu se déchira et il fallut renoncer à l'attirer dans le vagin pour passer autour d'elle une chaîne d'écraseur. Les pinces de Museux furent retirées, emportant dans leurs mors des fragments du polype. M. Richet les réappliqua et voulut pratiquer l'excision au moyen de sa pince mâchonnante; cela fut encore impossible, probablement parce que le pédicule n'était pas suffisamment formé. Alors la tumeur, accrochée par les pinces de Museux et des érignes, étant simplement maintenue en place, M. Richet avec des ciseaux courbes conduits sur la face palmaire de l'indicateur gauche, alla le plus près possible de la paroi utérine inciser tout ce qu'il put du pédicule. Le polype se trouva ainsi extrait par fragments.

L'analyse micrographique pratiquée par M. le Dr Ranvier montra qu'il s'agissait d'un épithélioma à cellules cylindriques et à trame muqueuse, tumeur maligne, par conséquent.

Les suites de l'opération ont été très simples, l'hémorrhagie s'est arrêtée, et pendant une quinzaine de jours, on n'a constaté qu'un écoulement plutôt roussâtre que sanguinolent.

Les toniques ont été administrés sous forme d'extrait de quinquina, de vin de Bordeaux, auxquels on a joint les premiers jours, l'extrait de ratanhia.

Le 31 décembre, la malade avait pris un peu de force, sa métrorrhagie n'avait pas reparu, mais elle était remplacée par un abondant écoulement séreux.

Dans le courant de janvier 1867 l'hémorrhagie reparaît assez considérable pour inspirer des craintes à M. le Dr Voillemier, successeur de M. Richet. Il n'hésite pas à appliquer le fer rouge. Immédiatement, diminution de la perte qui ne cesse définitivement que dans les premiers jours de février, laissant toujours après un *écoulement séreux abondant, mais sans odeur*.

Vers cette époque, rétention d'urine, mais qui ne dure qu'un jour. Par le palper on constate que l'utérus est plus volumineux et son fond plus haut qu'à l'état normal.

Nouvelle hémorrhagie légère et de courte durée au com-

mencement du mois de mars. Le 15 du même mois, nous revoyons la malade, elle accuse des douleurs assez fortes vers les reins et le haut des cuisses, ainsi qu'un écoulement tantôt crêmeux, blanchâtre, *tantôt séreux et limpide comme de l'eau*. Un autre ordre de phénomène est survenu, tous les soirs elle est prise de frissons et de fièvre durant plus ou moins longtemps.

Dans tous ces phénomènes M. de Montfumat voit la confirmation du diagnostic porté par le microscope.

Observation X.

(Emprunté à la clinique chirurgicale de M. le professeur Richet, publiée dans l'Ecole de médecine du 2 février 1874.)

Il s'agit d'une femme qui est couchée au 7 de notre salle Saint-Charles. C'est une jeune femme de 27 ans et que je connais depuis longtemps. Elle habite Montreuil où ellejouit d'une certaine aisance. Elle est venue me voir il y a huitans pour se faire soigner d'une ulcération du col utérin, consécutive à un accouchement et qui n'était que la suite de ces ulcérations qu'on rencontre si fréquemment dans le cours de la grossesse.

Je la cautérisai plusieurs fois, et sous l'influence de ces cautérisations elle se rétablit complètement de deux nouvelles couches sans aucune suite fâcheuse, et pendant quelques années je la perdis de vue.

Enfin, au mois d'octobre dernier, elle vint me revoir pour une nouvelle affection utérine suivie d'un quatrième accouchement. Elle se plaignait de métrorrhagies abondantes et en outre elle accusait des pertes considérables d'un liquide sanieux, d'une odeur nauséeuse.

Le toucher me fit constater la présence entre les lèvres du col d'une tumeur irrégulière, bosselée, de la grosseur d'une noix verte, c'est-à-dire recouverte de son enveloppe formée de granulations analogues aux végétations polyformes du col. Il me fut également facile de voir que les lèvres de l'organe étaient exemptes d'altérations et sans adhérences avec la tumeur. L'examen au spéculum vérifia mon diagnostic. Je vis, faisant hernie entre les lèvres du museau de tanche, une tu-

meur d'un rouge assez vif, formée de végétations granuleuses par des sillons plus ou moins profonds.

Il s'écoulait une sérosité louche, grisâtre, d'une odeur nauséabonde. Mais la malade était grosse, fraîche, bien portante. Je pensai donc que nous avions affaire à des débris placentaires et j'en essayai l'extraction, mais les adhérences étaient trop fortes, je ne pus les rompre.

J'annonçai alors à la malade qu'il faudrait subir une opération, et en attendant je prescrivis l'ergotine. Je n'obtins aucun résultat, et au bout d'un mois elle revint me voir.

Les métrorrhagies avaient persisté. Il y avait toujours cet écoulement de sérosité grisâtre, infecte, dont je vous ai parlé, mais avec cette particularité que tantôt le suintement était continu, *tantôt c'étaient des véritables pertes, un flot de liquide qui tout à coup inondait la malade et dont nous ne pouvions nous expliquer l'irruption subite que par la présence d'un bouchon obstruant l'orifice du col, par l'accumulation dans la cavité utérine.* Par le toucher nous constatâmes que la tumeur avait acquis un développement considérable. Elle faisait hernie à travers les lèvres du col et, s'évasant comme une sorte de champignon, remplissait presque complètement le cul-de-sac postérieur du vagin.

Cependant j'étais toujours persuadé que nous avions affaire à une tumeur placentaire greffée sur l'utérus et y vivant comme un parasite. La malade refusa d'entrer à l'hôpital. Quand elle revint au mois de décembre, les choses avaient bien changé. L'amaigrissement avait fait de rapides progrès, les chairs étaient flasques, et le visage offrait cette teinte jaune, indice de la cachexie cancéreuse. Les liquides vaginaux exhalaient toujours une odeur infecte, mais il y avait eu dans l'intervalle quelques accidents bizarres. J'avais recommandé quelques injections de perchlorure de fer, quand un jour, l'écoulement se supprima. Aussitôt éclatèrent des accidents fort graves : prostration extrême des forces, suffocations, sueurs abondantes, enfin, vomissements des matières sanieuses et, dont l'odeur, au dire de la malade, rappelait de tous points celle de ces pertes utérines. Le toucher nous permet aujourd'hui de constater les mêmes phénomènes qu'au début, mais plus accentués; la tumeur est plus granulée. plus fissurée. Elle est également plus grosse, atteint le vo-

lume d'une petite orange, et s'épanouit dans le cul-de-sac vaginal. On arrive plus difficilement sur le col. Les lèvres paraissent encore saines; cependant je ne pourrais affirmer qu'elles sont absolument libres de toute adhérence, au moins à droite.

Enfin la tumeur a changé de consistance.

Elle était molle; maintenant elle est fragile, friable, il est difficile d'en détacher des morceaux, et cette fragilité a une signification fâcheuse.

Par le toucher rectal, on s'assure que le corps de l'utérus présente à peu près son volume normal, on le constate encore mieux par la palpation abdominale. De la surface de la tumeur suinte toujours un liquide sanieux, fétide. L'examen au speculum nous fait aussi constater un changement dans l'aspect de la tumeur.

Au lieu d'une surface d'un rouge vif, uniforme, on voit une surface fissurée, dont les sillons sont marqués en noir par du sang coagulé et çà et là quelques points grisâtres dus à une gangrène moléculaire. Pour compléter l'examen, on porte quelques-unes de ces granulations sous le champ d'un microscope, qui y montre de nombreuses cellules épithéliales et elements du sarcome.

Observation XI.

(Prise par le Dr Marchand et publiée par M. le Dr Pichot, dans sa thèse de doctorat, 1876, p. 137.)

Mme L.., âgée de 62 ans, a toujours joui d'une excellente santé. Elle a été deux fois enceinte, a accouché fort heureusement, et n'a souffert d'aucune complication digne d'être signalée. Elle a cessé de voir ses règles vers l'âge de 48 ans, il y a 14 ans environ par conséquent.

L'époque de la ménopause n'a été signalée par aucun accident; la santé n'a cessé d'être parfaite. Il y a quinze ou seize mois environ, elle s'aperçut pour la première fois que les parties génitales étaient mouillées par un écoulement peu abondant d'abord, qui n'offrait aucun caractère spécial, et n'attirait que par son existence même.

La malade ne s'inquiéta pas autrement. Elle avait entendu

parler de personnes déjà âgées, qui avaient, sans préjudice pour leur santé, offert des phénomènes semblables.

Ce ne fut que devant la persistance de cet écoulement et les inconvénients qui en résultaient, qu'elle se décida à consulter un médecin, trois ou quatre mois environ (la malade ne peut préciser davantage) après le début des accidents. L'examen fut pratiqué à cette époque, et l'on crut reconnaître quelques excoriations légères du museau de tanche, que l'on regarda comme la cause du mal. Des cautérisations au nitrate d'argent furent conseillées et pratiquées pendant plusieurs mois. Le traitement n'amena aucun résultat; il est vrai de dire que d'un autre côté l'état de la malade semblait n'avoir subi aucune aggravation.

Fatiguée par la persistance de ce que l'on ne considérait que comme une affection sans importance, la malade désira que M. Marchand s'adjoignît à son médecin ordinaire. Cet examen eut lieu au mois de janvier 1876, six mois environ après le commencement du traitement. Dans les signes fournis par l'examen local, le toucher aussi bien que l'examen au speculum furent à peu près complètement négatifs. Le toucher permit de constater qu'il était presque effacé, avait partout une consistance molle, mais était légèrement entr'ouvert; la cavité admettait facilement la pulpe de l'index: à part cette dilatation un peu anormale, on ne constatait rien de particulier. La partie de la cavité cervicale que l'on pouvait atteindre n'offrait rien d'insolite, les culs de-sac étaient libres, l'utérus en bonne position, parfaitement mobile, les pressions les mouvements imprimés à l'appareil utérin complètement indolores; du reste, nous le répétons, l'organe avait tous les caractères d'un utérus dont le volume et le poids sont normaux; aucun retentissement sur les organes du voisinage; la miction, la défécation étaient absolument normales; la santé générale n'était nullement altérée, toutes les fonctions organiques s'exécutaient parfaitement, et la malade ne se plaignait d'aucune sensation douloureuse ou locale ou symptomatique, dans la direction des plexus et des nerfs qui sont si souvent affectés dans les maladies utérines quelle que soit leur nature.

L'écoulement était purement séreux, assez abondant pour tacher le linge, mais ne présentait aucune teinte suspecte; de

plus, il n'avait aucune odeur particulière. La persistance de ce phénomène fit penser immédiatement à l'existence possible d'une affection d'une certaine gravité, de siège intra-utérin. La persistance de l'écoulement et l'état de dilatation du col dont le tiers était légèrement ramolli et permettait l'introduction du doigt, l'âge de la malade plaident en faveur de cette opinion. On dut rejeter l'idée d'une tumeur de quelque volume née dans la cavité utérine; outre que la malade n'avait présenté aucun des symptômes rationnels qui accompagnent le développement de ces tumeurs, la mobilité et la légèreté de l'utérus donnaient la presque certitude que l'organe avait son volume à peu près normal, ce qui n'aurait pas été dans le cas d'un néoplasme intra-utérin; de plus, l'*absence de douleurs* et de tout écoulement sanguinolent rendait encore le diagnostic plus embarrassant.

Les cautérisations furent cessées et la malade mise à un régime tonique et tenue en observation.

L'hiver n'apporta que peu de changement, l'écoulement persista toujours avec ses caractères, et la malade commença à s'inquiéter et à maigrir quelque peu. Au mois d'avril, elle fut de nouveau soumise à notre observation; l'état général s'était quelque peu modifié; les muqueuses sont un peu décolorées, la malade accuse une certaine fatigue lorsqu'elle marche quelque temps. Elle se plaint d'une petite toux sèche, convulsive, qui n'amène l'expulsion d'aucun crachat et qui persiste depuis quelques mois; cette toux, du reste, ne reconnaît aucune cause appréciable; les signes fournis par la poitrine sont absolument négatifs. L'appétit est assez bien conservé. Les phénomènes du côté de l'appareil utérin se sont quelque peu modifiés; l'écoulement est peut-être un peu plus abondant, il offre de temps à autre une coloration rosée, peu intense, mais reconnaissable cependant. Il n'offre cette teinte, du reste, qu'à la suite d'un phénomène indiquant qu'un mouvement fluxionnaire a porté du côté du système utérin. A la suite d'une marche un peu forcée, d'une station plus prolongée que de coutume, souvent sans causes bien appréciables, la malade ressent une pesanteur douloureuse dans le bas-ventre; cette sensation de plénitude est parfaitement signalée; elle porte sur les aines, sur le rectum, la vessie même; des tiraillements sont ressentis vers la ré-

gion lombaire. Ces accidents cèdent, du reste, rapidement; un peu de repos suffit à les faire disparaître. Le lendemain, l'écoulement a pris une teinte légèrement colorée. La malade signale même la présence de très petits caillots dans les eaux du lavage. L'état local ne présente aucune modification, cependant l'utérus est un peu *moins mobile, il semble plus lourd*; quand on le soulève, on sent son fond faire saillie au-dessus du pubis. Fait très important et qui enlève immédiatement tous les doutes que l'on aurait pu conserver, l'écoulement présente l'odeur fétide et caractéristique de l'épithélium ulcéré. M. Bernutz, appelé à cette époque à donner son avis, confirma complètement le diagnostic qui, du reste, avait cessé d'être douteux depuis quelque temps, grâce aux phénomènes que nous venons de signaler.

Depuis lors, l'affection continue à évoluer régulièrement, les forces diminuent, l'appétit se perd, l'écoulement persiste et présente de plus en plus la teinte hémorrhagique. Aucun phénomène de douleur ni de compression du côté des organes pelviens.

Observation XII.

Exemple de cancer fongueux ou chou-fleur de l'utérus.

(Emprunté au Traité des maladies de l'utérus de Boivin et Dugès, vol. II, p. 167.)

Mme B..., âgée de 45 ans, née et domiciliée à Besançon, vint à Paris consulter le professeur Dubois pour une affection de l'utérus, le 1er février 1827. Il lui conseilla de prendre un lit à la Maison de Santé où elle est entrée le même jour. Nous obtînmes de la malade les renseignements suivants :

Elle a eu trois enfants qu'elle a mis au monde avec facilité. Ses règles se sont supprimées brusquement à la suite d'une émotion violente, et aucune excrétion sanguine n'a eu lieu pendant à peu près cinq ans.

Mme B... ayant quitté un appartement sain pour en prendre un dans une rue sombre et humide, mais plus convenable pour son commerce de modes et de nouveautés, attribue, non sans raison, à son logement, le dérangement de sa santé.

En effet, ce fut quelque temps après ce changement de domicile, qu'elle fut prise d'une métrorrhagie considérable; le sang jaillissait pour ainsi dire de la vulve; il lui est arrivé plusieurs fois d'en remplir une moyenne cuvette. On prescrit des bains froids dont elle prit une certaine de suite; quelquefois même, elle en prenait deux par jour, un le matin, l'autre le soir; on fit faire des injections dans le vagin avec une solution de sulfate de zinc. une pincée chaque fois; après chaque injection, le sang coulait en abondance.

Il survint tout à coup, à la vulve, une éruption de nombreux boutons accompagnés d'enflure, de rougeur et de douleurs atroces.

Les injections irritantes furent remplacées par des injections d'une nature opposée; les émollients, les calmants, les sangsues à la face interne des cuisses, les bains émollients calmèrent les symptômes précédents. Dès lors, la malade renonça à toute espèce de traitement. Les pertes de sang furent remplacées par une *abondante excrétion* séreuse; cependant, quelquefois encore, dans les efforts de la défécation, il s'échappait un peu de liquide sanguinolent du vagin. Le toucher nous fit reconnaître une tumeur volumineuse, mamelonnée, tenant le vagin dans un état de dilatation complète. Quoique l'on parvînt difficilement à l'origine de cette tumeur, nous pûmes cependant distinguer son pédicule court, inséré dans le col de l'utérus qui, lui-même, était beaucoup plus volumineux que dans l'état naturel.

Cette tumeur, malgré son volume, ne gênait point d'une manière sensible l'émission d'urine et des matières stercorales; on voyait même, pendant les efforts, montrer à la vulve sa surface rougeâtre, granulée, comme celle du chou-fleur, et laisser écouler un liquide séreux sous la pression du doigt.

Cette dame était obligée de se tenir les parties couvertes de linges dont elle changeait 12 à 15 fois en vingt-quatre heures; elle estimait la perte de cette sérosité à une grande verrée par jour. L'écoulement était sans odeur et laissait sur le linge des taches semblables à celles que ferait le sérum du lait.

M. Dubois renvoya cette malade chez elle sans rien lui prescrire.

Observation XIII.

(Empruntée à l'ouvrage de Boivin et Dugès, p. 12, vol. II.)

M. Dugès fut consulté, il y a trois ans, par une dame parvenue, à l'âge critique de 45 ans, et privée de ses évacuations périodiques : elle se sentait depuis assez longtemps incommodée de quelques légères douleurs utérines, de pression sur la vessie avec envie fréquente d'uriner, et surtout d'une perte continuelle et *assez abondante pour pénétrer, en peu d'heures, des linges épais. Cette perte n'était point sanguine, mais constituée par une humeur séro-muqueuse, teintée légèrement en rose et très fétide.* La malade était très affaiblie, son teint était universellement pâle, jaunâtre, mais elle conservait un embonpoint tel que dans l'état de parfaite santé. Il y en avait là assez pour caractériser un état cancéreux déjà ancien, de quelque partie de l'utérus, et, en effet, le toucher nous fit reconnaître que le col était dur, volumineux, inégal : son orifice, assez largement ouvert, permettait de sentir des inégalités, des végétations dures, irrégulières, venant des parois internes du viscère. On pouvait, on devait croire que le mal avait commencé à l'intérieur du col, *peut-être même à l'intérieur du corps de la matrice* ; l'abondance et la nature de l'écoulement semblaient indiquer une vaste ulcération ; en outre, la pression de l'utérus sur la vessie dans la station directe, l'extension de la dureté et du gonflement qu'on pouvait sentir avec le doigt se propager fort haut, du moins du côté antérieur de l'utérus, enfin le grand volume que cet organe en totalité semblait avoir en le fixant, autant que le permettait l'épaisseur des parois abdominales, entre une main posée sur l'hypogastre et le doigt introduit dans le vagin ; c'étaient là autant d'indices d'un engorgement de l'organe auquel le corps participait aussi bien que le col. Malgré la mobilité du viscère malade, nous ne crûmes pas devoir conseiller une opération, selon nous trop chanceuse. La malade souffrait bien peu et ne se plaignait que de faiblesse ; elle pouvait exister longtemps encore, tandis qu'une extirpation totale de l'utérus, la seule rationnellement proposable, pouvait l'enlever brusquement, au milieu d'un sup-

plice effrayant et auquel elle-même n'aurait jamais voulu consentir. L'extrait de ciguë auquel on associa plus tard l'iode en friction, puis quelques mercuriaux joints à d'autres remèdes réputés fondants (calomel, savon, etc.), des toniques et des astringents (tannin, oxyde de fer, etc.), des sudorifiques, et en même temps que tout le reste, des narcotiques, tantôt à l'extérieur, tantôt à l'intérieur, furent essayés, abandonnés, repris, tantôt avec un avantage réel, mais momentanés tantôt avec quelques inconvénients passagers, comme le vertige, le délire même, à l'occasion de l'extrait de ciguë.

Au bout de deux ans, l'amaigrissement devint tout à coup si considérable, qu'on crut la mort très prochaine, et des douleurs commencèrent à tourmenter la malade, mais ces angoisses et ces douleurs étaient, comme on va le voir, d'une nature toute particulière et différentes de celles que cause en lui-même le cancer. Le malade dont nous avions constamment, par correspondance, suivi l'état et dirigé le traitement, confié d'ailleurs à un confrère très instruit (M. Caisse, de Lodève), se décida, malgré sa faiblesse, à venir nous trouver encore, et un voyage de dix heures la fatigua moins qu'elle ne s'y attendait. Elle était bien changée : une maigreur excessive avait remplacé son ancien embonpoint, et si le visage offrait encore quelque plénitude, c'était avec une pâleur cirense et comme demi-transparente qui, du reste, lui était commune, avec toute la superficie du corps. Nous examinâmes les organes génitaux avec le professeur Lallemand, et constatâmes ensemble que le col utérin était beaucoup plus élargi que je ne l'avais trouvé à ma première exploration ; qu'il était comme renversé, retroussé en dehors, tant il était rempli de végétations ; l'écoulement avait changé de nature ; il avait perdu toute odeur depuis qu'on avait usé d'injections chlorurées, et cette odeur, auparavant si pénétrante et si fétide, ne s'est plus reproduite : la matière de cet écoulement n'était plus que très rarement sanguinolente, *mais presque toujours incolore, comme de l'eau pure* ; chose non moins remarquable, au lieu de s'échapper continuellement, cette matière n'était rejetée que 4 à 5 fois par jour, par ondées, comme les appelait la malade elle-même. Les ondées étaient-elles supprimées, il y avait douleur et tumeur

dans le ventre jusqu'à ce qu'une abondante évacuation vint procurer un soulagement momentané.

Témoins d'une de ces rétentions qui dura plusieurs jours et jeta la malade dans les mêmes angoisses dont elle a déjà failli être victime, nous pûmes reconnaître, à travers les parois abdominales amincies par l'amaigrissement, plusieurs tumeurs dont une nous parut formée par le fond de l'utérus, les deux autres par les trompes utérines distendues. Des bains, des injections, etc., facilitèrent enfin l'évacuation, en dissipant l'engorgement momentané et clairement inflammatoire qui avait produit la rétention. Dès lors, la malade a repris quelque appétit, de nouvelles forces, autant que le comportait un état si fâcheux, et elle a pu retourner sans trop de fatigue à son domicile, avec quelques nouvelles prescriptions palliatives. Nous venons d'apprendre qu'elle a eu une amélioration telle, durant quelques semaines, que, malgré toutes nos déclarations, la famille n'a pu s'empêcher de croire à une guérison prochaine; puis sont revenus de nouveaux accidents et surtout une œdématie considérable des membres inférieurs, de la bouffissure à la face et aux mains et une débilité qui, graduellement croissante, vient de la conduire au tombeau.

Remarque de l'auteur. — On trouve dans cette observation les caractères d'une altération avec végétation commençant par l'intérieur du col et peut-être du corps de l'utérus.

Observation XIV.

Cancer primitif du corps de l'utérus précédé par de l'hydrorrhée.

Rose (Julie), âgée de 48 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 27 septembre 1883 et occupe le lit 19 de la salle Sainte-Marthe. (Service de M. le professeur Le Fort).

Depuis un an cette malade souffre de douleurs pelviennes assez notables et elle a remarqué le retour de ses règles qui avaient cessé il y a déjà 3 ans (à l'âge de 45 ans). Ces règles constituent de véritables pertes sanguines.

Pendant deux ans qui ont précédé l'apparition des douleurs et des hémorrhagies il y a eu chez elle des pertes d'eau claire et sans odeur, tellement abondantes que les matelas (dit la malade) en étaient traversés: Le liquide perdu ne laissait pas d'autres traces sur le linge qu'une raideur analogue à celle que produirait l'amidon. Cet ecoulement clair et inodore ne gênait la malade que par son abondance. Plus tard quand les douleurs ont commencé, le liquide a changé de caractère et d'inodore qu'il était devient maintenant fétide, jaunâtre et plus épais. Les hémorrhagies forcent la malade d'entrer à l'hôpital le 27 septembre 1883. C'est ici que je l'ai trouvée avec le diagnostic de cancer de l'utérus. Quand je la vis elle était en proie à une cachexie cancéreuse assez avancée, et deux mois après, c'est-à-dire le 7 mai 1885, elle mourut. Voici ce que nous avons trouvé à l'autopsie:

Les organes génitaux externes n'offrent rien à noter du côté de l'entrée du vagin; la muqueuse vaginale est saine, mais si l'on pénètre plus profondément on constate au niveau du col, aux points où les lèvres du museau de tanche touchent au parois vaginales, deux petites tumeurs développées dans la muqueuse du vagin et qui semblent correspondre avec les tumeurs du rectum et du vagin.

L'utérus et les trompes offrent des changements notables dans leur volume, leur forme et leur consistance; ces modifications, ainsi que les couleurs particulières des tissus montrent que les organes sont le siége d'une néoplasie épithéliale avancée, surtout au niveau du corps, qui semble avoir été le point de départ de l'altération cancéreuse.

Examinés dans leurs détails, chacun des organes offre à considérer les particularités suivantes:

Les trompes énormément grossies et indurées semblent deux appendices implantés sur les deux côtés du fond de l'utérus. Elles ont une forme recourbée à concavité inférieure et au milieu de leur augmentation de volume et de leur induration on ne reconnait plus ni le canal de la trompe, ni son pavillon. Le corps de l'utérus, augmenté légèrement de volume, globuleux, offrait une courbure blanchâtre générale. Sa consistance était beaucoup diminuée, il se continuait avec le col qui était, lui aussi, épaissi, mais d'une teinte livide et violacée. Au pourtour de son orifice externe se voyait une

ulcération circulaire. Du reste, la forme du col était conservée.

Les lésions du corps de l'utérus et du col avaient envahi le rectum et la vessie aux points de contact entre les viscères. La paroi recto-vaginale utérine était indurée; la muqueuse rectale était envahie et présentait une prolifération épithéliale de la grosseur d'un œuf de pigeon qui faisait saillie dans dans la cavité de l'ampoule rectale.

Du côté de la vessie les mêmes altérations de la cloison et de la muqueuse sont à noter, mais la tumeur intra-vésicale offre un volume moins considérable. L'ouverture de la vessie donna issue à un liquide jaunâtre, d'aspect purulent et très fétide.

La coupe de l'utérus et des trompes a montré jusqu'à l'évidence l'infiltration totale du tissu de ces organes par un produit néoplasique blanchâtre, lardacé, laissant sourdre à la pression un suc épais, caractéristique. Les parois du corps utérin et du col sont très épaissies, la cavité utérine, facile à retrouver au milieu du néoplasme, communique encore avec l'extérieur par le col resté perméable, mais la communication avec les trompes est interceptée; un stylet n'y pénètre pas, et est arrêté dans un cul-de-sac peu profondément perforé dans les angles du fond de l'utérus. Les trompes sont converties en un cylindre plein, consistant, dans lequel on perd la trace du canal de Fallope.

Dans les autres viscères, peu de choses à noter. Le foie a subi la dégénérescence graisseuse ultime, la rate est très légèrement hypertrophiée. Le rein droit, assez volumineux, est envahi par quelques noyaux cancéreux, tandis que le rein gauche atrophié ne présente aucune trace de l'envahissement néoplasique.

Les poumons sont le siège d'un emphysème peu avancé, le cœur est petit, son muscle assez flasque a subi la dégénérescence graisseuse.

Observation XV.

Cancer de l'utérus tout entier avec alternance d'hydrorrhée et d'hémorrhagies.

Elise Marie C..., âgée de 38 ans, née à Pierre-Faite. Sans

profession. Tempérament lymphatique. Ne présente point d'antécédents héréditaires.

Elle a eu une bonne santé habituelle. L'établissement de ses règles a eu lieu à 16 ans; les règles se manifestaient avec régularité tous les mois pendant sept ou huit jours, mais très abondamment et avec douleurs de reins.

Elle eut une première grossesse à l'âge de 20 ans qui n'alla pas à terme, car il y eut un avortement accidentel de quatre mois.

Deux mois après, survint une deuxième grossesse qui cette fois est arrivée heureusement à terme; l'accouchement fut aussi très bon; six autres accouchements eurent lieu après qui tous furent naturels et avec bonnes suites de couches.

Il y a cinq ans que notre malade a eu une forte bronchite qui lui a laissé une grande faiblesse et une toux persitsante. Quelque temps après elle eut des pertes de sang assez fortes, avec alternance d'un écoulement liquide clair et inodore, pour ne plus hésiter de consulter un médecin. En effet, au mois de février 1883 un médecin de la ville lui prescrivit des injections de rathania, de perchlorure de fer, d'ergotine et autres, jusqu'à ce que les hémorrhagies purent être arrêtées. Les pertes du liquide aqueux continuèrent cependant avec la même abondance et avec des intervalles variés. L'abondance de cette eau que la malade perd est telle, qu'elle traverse plusieurs draps en plusieurs doubles.

Son ventre a commencé à augmenter le volume à peu près à la même époque que l'apparition des pertes d'eau et de sang. Elle se plaint d'un sentiment de poids dans le bas-ventre et ressent de temps en temps quelques douleurs lancinantes, qui se font sentir surtout dans les aines. Elle entre enfin à l'hôpital de la Pitié au service de M. Polaillon, le 12 mars 1884, et occupe le lit 12 de la salle Gerdy. M. Polaillon trouvant le col volumineux et dur, diagnostique un épithélioma du col et se décide à l'extirper au galvanocautère, ce qui fut fait le 20 mars. Depuis lors ne sent plus les douleurs dans les aines, mais elle a encore des douleurs dans les reins; elle perd toujours de l'eau sans odeur et limpide. L'utérus est d'un volume assez considérable pour le sentir nettement par le palper abdominal.

L'état général de la malade, cependant, semble bon, quoi-

qu'elle se plaigne de faiblesse et que son teint, soit déjà un peu jaune-paille ; mais elle mange bien, elle dort bien, n'a point de fièvre et ne tousse presque pas. Les fonctions intestinales s'accomplissent bien ; l'urine évacuée paraît normale aussi.

Le col enlevé était dur, uniforme, non ulcéré, et volumineux comme une orange mandarine; en le comprimant à sa base, au point où la section avait été faite, j'ai pu faire sourdre de l'ichor cancéreux. L'aspect de la section montrait également de la manière la plus nette que l'instrument n'a pas dépassé les limites, et que le néoplasme remonte plus haut.

La persistance de l'hydrorrhée, après l'extirpation du col, prouverait en effet que ce phénomène ne tient pas à l'existence d'un épithélioma de cette portion de l'organe utérin; la lecture de l'observation montre, en outre, que ce symptôme dure depuis très longtemps, bien avant que le col ne fût pris. L'hydrorrhée aurait donc été produite lors du développement du cancer dans le corps de l'utérus, et ce n'est que plus tard que l'on put reconnaître par le toucher le néoplasme qui maintenant était manifeste sur le col.

La forme même du col enlevé nous fait penser que l'existence d'un cancer du corps n'est pas douteuse. Ce col, au lieu de présenter vers son orifice externe un bord élargi, induré, étalé en champignon, ainsi qu'il arrive lors que les cancers débutent en ce point, et se propagent de bas en haut par une extrémité plus ou moins rétrécie par rapport à sa force, ce col est, au contraire, conique avec une base supérieure formée par la section. Cette section est très large et tout entière formée par du tissu morbide. Étant constaté que le col, dans son entier, a conservé à peu près son aspect général et sa forme, qu'il n'est pas ulcéré malgré la grande étendu du néoplasme, on ne peut s'empêcher de croire que l'existence de l'épithélioma du col ait pu exister antérieurement à celle du corps.

Observation XVI.

Cancer du corps de l'utérus consécutif au cancer du col.

Schœnenberger (Catherine, âgée de 36 ans, marchande de

légumes, occupe le lit n° 8 de la salle Lisfranc, dans le service de M. le professeur Verneuil.

La malade présente un tempérament lymphatique et une bonne constitution.

Pas d'antécédents diathésiques, ni personnels, ni héréditaires. Santé habituelle bonne.

Établissement des règles à l'âge de 16 ans ; régulièrement sans douleurs et durant 5 jours.

Elle a eu 7 enfants; grossesses normales, couches heureuses. La huitième grossesse n'alla pas jusqu'à terme, car notre malade eut un avortement accidentel de quatre mois, il y a six ans.

Son mari est mort il y a quatre ans, et à la suite de l'émotion causée par cet événement, ses règles se sont arrêtées pour deux mois, après quoi elles revinrent irrégulièrement, beaucoup trop souvent et abondantes. La malade, pendant longtemps, n'accorde aucune attention à ces pertes de sang, qui ne l'incommodaient que médiocrement, quand, il y a quatre mois, celles-ci disparurent et firent place à un écoulement aqueux. très abondant, et qui formait sur le linge des taches, reconnaissables seulement parce qu'elles empesaient la toile.

Le 8 janvier 1884, elle a été opérée en ville pour des végétations épithéliales à l'intérieur du col.

Après cette opération, les pertes d'eau continuèrent avec la même abondance, et de légères douleurs abdominales et surtout lombaires apparurent.

Le 6 février 1884, elle entre au service de M. Verneuil, qui diagnostiqua un épithéliome utérin, et le 1er mars M. Verneuil lui fit le raclage dans l'intérieur du col.

Les suites de l'opération sont très bonnes, les douleurs disparaissent presque, mais l'hydrorrhée persiste avec la même intensité, et la malade se plaint d'une très grande faiblesse, causée bien sûr par l'abondance des pertes.

Presque chaque jour la malade recueille, pour servir à nos analyses, un demi-verre de ce liquide hydrorrhéique, qui s'écoule en flux copieux lorsqu'elle descend du lit.

J'ai analysé ce liquide à plusieurs reprises et j'ai trouvé : de l'albumine en quantité considérable, de l'urée 2, 3 gr.

en moyenne par litre, des chlorures, des phosphates; le liquide était toujours neutre.

A l'examen microscopique, j'ai trouvé dans les premières recherches (qui datent du 12 20 mars) : des cellules épithéliales, vaginales et utérines qui étaient fort rares; des globules blancs en très petit nombre; quelques filaments de fibrine, un ou deux corpuscules graisseux. Enfin des cristaux de Cl de soude et des cellules cancéreuses jaunes avec un seul noyau. Ce n'est que dans les analyses ulterieures que les cellules cancereuses étaient plus abondantes et de tout âge, de plusieurs formes et à plusieurs noyaux.

L'aspect du liquide était limpide, clair, à peine citrin; par le repos on pouvait observer au fond du vase qui le contenait, un léger dépôt blanchâtre et c'est dans ce dépôt que les cellules cancéreuses ont été trouvees.

L'analyse de l'urine faite à l'effet de savoir si celle-ci contenait ou non de l'albumine a démontré qu'il n'y en avait pas trace. La quantité d'uree était normale, la quantité de l'urine évacuée l'était aussi.

En examinant la malade j'ai trouvé : au toucher, le col très volumineux à surface inégale et dure, le vagin était intact; par le palper abdominale j'ai constaté une légere tuméfaction de l'uterus.

Le traitement que suit le malade consiste dans la cautérisation sur le col avec l'acide chronique qui donne de bons résultats à M. Verneuil, dans les cas de cancer du col utérin. On lui fait deux injections vaginales désinfectantes par jour et à l'intérieur on lui donne tous les jours une potion de Tood, à cause de son état adynamique.

Actuellement, le 25 mai, la malade va plus mal, ses pertes, qui auparavant étaient inodores, commencent à devenir nauséabondes et à contenir des grumeaux cancéreux. Les douleurs abdominales et l'insomnie lui font réclamer la morphine. Il y a souvent de la fièvre, des céphalalgies, des vomissements, des sueurs, de l'inappétence. Les douleurs deviennent de plus en plus insupportables et continues, la cachexie cancéreuse commence à être prononcée, et en approchant de son lit, le sens olfactif est très fortement impressionné.

La marche de la maladie, l'apparition de l'hydrorrhée il y a quatre mois, alors que l'envahissement du col déjà ancien ne l'avait pas encore provoquée le 17 septembre, et la tuméfaction utérine observée concurremment au début de l'écoulement aqueux, nous font penser que le néoplasme a envahi le corps postérieurement au col. L'apparition de l'hydrorrhée aurait marqué cette extension du néoplasme et la tuméfaction du globe utérin indiquerait l'envahissement certain du corps qui, d'ailleurs, est confirmé autant par les symptômes de l'état général.

CONCLUSIONS.

L'hydrorrhée est un écoulement de provenauce utérine, d'un aspect clair limpide, à peine citrin, inodore et très riche eu albumine et plus ou moins abondant.

L'hydrorrhée résulte d'une transsudation de la sérosité sanguine, favorisée par deux facteurs; dont l'un est la congestiou des vaisseaux de l'organe, et l'autre, l'infiltratiou des tissus utérius par la néoplasie cancéreuse.

Le premier agit : par l'accumulation du sang qui distend les parois des vaisseaux, et, par la production d'une plus grande quantité d'acide carbonique qui excite la contractiou des tissus utérins.

Le deuxième agit : par la modification anatomique des vaisseaux (dégénérescence cancéreuse), qui reud les parois de ces derniers plus perméables, et, par l'élémeut néoplasique lui-même, qui amène par action réflexe une contractiou des fibres utérines.

Les deux facteurs par leur double action convergent vers le même but, c'est-à-dire, pour favoriser d'un côté la transsudatiou de la sérosité sanguiue par la modificatiou anatomique des vaisseaux, et pour activer d'un autre côté, par l'excitatiou de la tonicité des fibres utérines, l'expression de la sérosité au dehors sous forme d'hydrorrhée.

L'hydrorrhée est un symptôme prémonitoire du cancer du corps utérin; il se montre donc tout au début de l'envahissement néoplasique de cet organe.

Il précède tous les autres symptômes du cancer du corps. Et quand les douleurs et les hemorrhagies surviennent, cela indique l'envahissement du col de cet organe par le néoplasme cancéreux, ce qui n'arrivent ordinairement qu'après la période ulcérative du cancer, alors que l'hydrorrhée fait place à l'ichor cancéreux.

L'hydrorrhée est, au contraire, précédée par les douleurs et les hémorrhagies dans le cas où le col a été pris le premier; c'est l'envahissement du corps qui amène l'hydrorrhée.

Elle est encore précédée par les hémorrhagies dans les cas de fibrome utérin, subissant la dégénérescence cancéreuse; c'est ce travail de néoformation cancéreuse qui amène l'hydrorrhée.

L'hydrorrhee du cancer du corps de l'utérus peut se confondre avec l'hydrorrhée des gravidiques et les autres écoulements vaginaux, symptomatiques ou idiopathiques.

Les points qui la différencient sont :

Son mode de production;

Son état de fluidité parfaite;

Sa limpidité, sa richesse en albumine;

Et surtout la présence des cellules cancérenses dans ce liquide.

Le pronostic de l'hydrorrhée est grave en ce qu'il

annonce un cancer du corps utérin, et fâcheux parce que la production de ce liquide par sa durée et son abondance enlève à l'économie une grande quantité d'albumine, dont la desassimilation est une source d'épuisement.

Dans le traitement nous avons deux indications à remplir :

1° De s'adresser au symptôme qu'il faut combattre par des injections astringentes.

2° De s'adresser à la cause, par une médication interne capable de modifier favorablement le terrain ; les arsenicaux, les toniques et une bonne hygiène seront à bon droit mises en action.

On devra également, avec plus ou moins d'espérance de succès, tenter la cure radicale de la maladie par des injections modificatrices arsenicales intra-utérines.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie. — De l'utérus.

Physiologie. — Fonctions du pneumogastrique.

Physique. — Théorie des diverses piles électriques.

Chimie. — Des sels de fer.

Histoire naturelle. — Des helminthes.

Pathologie externe. — Des tumeurs blanches.

Pathologie interne. — Hémorrhagies broncho-pulmonaires.

Pathologie générale. — Signes cavitaires thoraciques.

Anatomie pathologique. — Des métrites chroniques et aiguës.

Médecine opératoire. — Ovariotomie.

Pharmacologie. — Des cérats, des onguents, des pommades.

Thérapeutique. — Indication des diurétiques et en particulier du régime lacté et de la digitale dans les hydropisies.

Hygiène. — Vêtement.

Médecine légale. — De l'infanticide.

Accouchements. — Avortement.

Vu, le président de la thèse,
JACCOUD.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris.
GREARD.

ERRATA

Page 18, dans les notes au bas de la page, entre utérin et aqueux, LISEZ : un point et virgule *au lieu* d'nn trait d'union.

Page 21, ligne 21, *au lieu de* : (obs. XIV), LISEZ : (obs. XVI).

Page 37, ligne 22, *au lieu de* : que les signes de probabilité de la grossesse ne sont pas en grand nombre ou mal établis, LISEZ : et alors qu'il n'existe que les signes de probabilité de la grossesse.

Page 41, ligne 12, *au lieu de* : revoir, LISEZ : avoir.

Page 40, ligne 25 : *au lieu de* : V, LISEZ : IV.

Page 42, ligne 24 : *au lieu de* : XI, LISEZ : IX.

Page 53, ligne 18 : *au lieu de* : XII, LISEZ : XIV.
ligne 19, *au lieu de* : XI, LISEZ : IX.

Page 25, ligne 18 : *au lieu de* : cristaux de sonde, LISEZ : chlorure de sodium.
ligne 25, *au lieu de* : cellules cancéreuses jeunes à la première période et de tout âge à la deuxième, LISEZ : cellules cancéreuses de tout âge.